

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 41 • numéro 9 • septembre 2021

Dans ce numéro

- 271** *Recherche qualitative originale*
L'accès des jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale
- 281** *Recherche quantitative originale*
Modifications de la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 :
exploration des différences selon le genre et du rôle de la détresse émotionnelle
- 292** *Éditorial*
Consommation d'alcool pendant la grossesse et trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale
au Canada : qui, quoi, où?
- 295** *Aperçu*
Fréquence de la consommation d'alcool chez les Canadiennes en âge de procréer
- 300** *Prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) chez les enfants et les
adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019*
- 305** *Annonce*
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>

Recherche qualitative originale

L'accès des jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale

Bukola Salami, IA, Ph. D.; Benjamin Denga, M.B.A.; Robyn Taylor; Nife Ajayi; Margot Jackson, IA, Ph. D.; Msegana Asefaw, B. Éd.; Jordana Salma, IA, Ph. D.

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Cette étude vise à examiner les obstacles qui limite l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale en Alberta.

Méthodologie. Pour comprendre l'accès aux soins de santé des jeunes Noirs en Alberta, tant ceux qui sont nés au Canada que ceux qui y ont immigré, nous avons utilisé une méthodologie de recherche-action dirigée par les jeunes dans le cadre d'un modèle d'autonomisation des jeunes qui s'inscrit dans la théorie de l'intersectionnalité. Le projet de recherche a été dirigé conjointement par un comité consultatif composé de dix jeunes, qui ont donné des conseils et contribué concrètement à la recherche. Sept membres du comité consultatif ont également recueilli des données, animé conjointement des cafés-causeries, analysé les données et contribué aux activités de diffusion. Nous avons réalisé des entretiens individuels approfondis et organisé quatre groupes de discussion de type café-causerie avec 129 jeunes au total. Au cours des cafés-causeries, les jeunes ont pris l'initiative de cibler leurs sujets de préoccupation et d'expliquer les répercussions de ceux-ci sur leur vie. Grâce à un codage rigoureux et à une analyse thématique des données, à la réflexivité et à la vérification par les membres, nous nous sommes assurés de la fiabilité de nos résultats empiriques.

Résultats. Nos résultats mettent en lumière les principaux obstacles susceptibles de limiter l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale, notamment le manque d'inclusion et de sécurité culturelles, le manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale, le coût des services en santé mentale, les obstacles géographiques, la stigmatisation et le jugement, de même que les limites de la résilience.

Conclusion. Les résultats confirment l'existence d'obstacles divers et cumulatifs qui, ensemble, perpétuent un accès et un recours négativement disproportionnés des jeunes Noirs aux services en santé mentale. D'après notre étude, les intervenants responsables des politiques et des pratiques en matière de santé devraient prendre en compte les recommandations suivantes pour éliminer les obstacles : diversifier le personnel des services en santé mentale, augmenter la disponibilité et la qualité des services en santé mentale dans les quartiers où la population noire est prédominante et intégrer des pratiques antiracistes et des compétences interculturelles dans la prestation des services en santé mentale.

Mots-clés : *Africain, Alberta, Caraïbes, jeunes, Noir, santé mentale*

Introduction

Les troubles de santé mentale et de consommation de substances forment une part importante du fardeau mondial de

morbidité et sont d'ailleurs la principale cause d'invalidité dans le monde^{1,2}. Cette situation est aggravée par un écart dans les services : à l'échelle mondiale, 70 % des personnes en ayant besoin ne peuvent

Points saillants

- Les jeunes Noirs se butent à des obstacles au moment d'accéder à des services en santé mentale.
- Parmi les facteurs qui limitent l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale, mentionnons le manque systémique d'inclusion et de sécurité culturelles, le manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale, le coût de ces services, les obstacles géographiques et de localisation, la stigmatisation et les jugements et enfin les limites à la résilience.
- Pour éliminer les obstacles aux services en santé mentale auxquels font face les jeunes Noirs, les décideurs doivent diversifier le personnel de ces services, en augmenter la disponibilité et la qualité dans les quartiers où la population noire est prédominante et intégrer des pratiques antiracistes et des compétences interculturelles dans la prestation des services en santé mentale.

pas accéder à des services en santé mentale de qualité². Ces disparités sont issues de modèles de prestation de services fragmentés, d'une pénurie mondiale de fournisseurs de services en santé mentale qualifiés, d'infrastructures limitées et de pénuries en ressources humaines². Le manque d'accès est exacerbé par des déterminants sociaux tels que la pauvreté, la stigmatisation et la défavorisation sociale : par exemple, les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur font

Rattachement des auteurs :

Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Correspondance : Bukola Salami, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, 11405, 87^e avenue, Edmonton (Alberta) T6G 1C9; tél. : 780-248-1801; courriel : bukola.salami@ualberta.ca

traditionnellement face à des coûts élevés, à des temps d'attente plus longs, à des services de moindre qualité et à des soins inadéquats^{3,4}, autant de circonstances qui drainent l'accès fiable et le recours aux services en santé mentale.

Les travaux de recherche qui portent sur les obstacles aux soins de santé mettent en évidence la nécessité d'un modèle de soins équilibré ou de soins primaires en santé. Dans les modèles dits « communautaires », les services en santé mentale sont offerts de manière holistique, parallèlement aux services locaux et au sein de la collectivité plutôt qu'en établissement^{5,6}. Ces modèles vont au-delà des cadres de diagnostic et de traitement et considèrent que les stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale sont tout aussi importantes. Ils favorisent également l'élaboration de services en santé mentale qui répondent aux besoins précis des groupes et des personnes qui y ont accès⁶⁻⁹.

Les obstacles à l'accès et au recours aux services en santé mentale sont en grande partie systémiques et touchent de manière disproportionnée les individus ayant un statut socioéconomique inférieur, les immigrants, les réfugiés et les minorités dites « racisées ». Les immigrants nouvellement arrivés au Canada sont deux fois plus susceptibles d'avoir des difficultés à accéder à des soins que les Canadiens de longue date⁸. Les réfugiés utilisent moins les services en santé mentale que les non-immigrants, malgré le fait que les conditions de déplacement et de migration forcées les exposent davantage aux troubles de santé mentale^{10,11}. Les individus ayant un statut socioéconomique inférieur, qui ont des difficultés à accéder à des services, sont susceptibles d'avoir une santé mentale autodéclarée moins bonne et une espérance de vie plus courte et sont également vulnérables aux maladies graves ou chroniques^{4,12}. Les minorités ethniques subissent souvent des disparités plus marquées que les populations blanches en matière de soins de santé et, non seulement ces disparités compromettent la qualité des soins reçus, mais elles réduisent le niveau de confiance envers le système de soins de santé¹³⁻¹⁵.

Les difficultés d'accès aux services en santé mentale sont accrues pour les individus cumulant plusieurs de ces caractéristiques (ou identités)^{3,8,12}. Du point de vue de la santé publique, il serait donc

justifié d'accorder une attention plus concertée à ces populations.

La colonisation, le racisme structurel ainsi que les injustices et les iniquités systémiques ont soumis les Noirs aux conditions socioéconomiques défavorables, à la discrimination et à un accès restreint aux systèmes de soutien et de soins de santé^{16,17}. Aux États-Unis, les jeunes Noirs sont moins susceptibles de recourir aux services en santé mentale que leurs homologues blancs¹⁸, alors qu'ils risquent davantage de recevoir un diagnostic de trouble dépressif majeur et sont six fois plus susceptibles de mourir par suicide à cause de leur dépression^{19,20}.

En 2016, environ 1,2 million de personnes noires vivaient au Canada, dont 198 610 jeunes âgés de 15 à 24 ans²¹. Par rapport à la moyenne nationale, une proportion plus élevée de personnes noires vit dans un milieu à faible revenu, connaît des niveaux d'emploi inférieurs, atteint des niveaux de scolarité moins élevés et subit un écart salarial spécifique²². Si rien n'est fait pour remédier à cette situation, ces conditions sociales – combinées au jeune âge de cette population, qui accroît la vulnérabilité aux problèmes de santé mentale – exposent les populations noires à des crises de santé mentale²³⁻²⁵.

Des travaux de recherche antérieurs sur les expériences des immigrants et des réfugiés noirs avec le système de santé canadien ont révélé que la stigmatisation, le racisme, la discrimination, le manque de connaissances en matière de santé mentale, les coûts, le manque de services adaptés sur le plan culturel et l'inaccessibilité constituaient des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé^{20,26}. Bien que la province de l'Alberta ait la population de Canadiens noirs qui croît le plus rapidement, avec 129 390 personnes dont 17 530 jeunes de 15 à 24 ans²¹, à notre connaissance, aucune recherche n'a porté sur la santé mentale des jeunes Noirs en Alberta.

Cette étude qualitative visait à recenser les obstacles et les facteurs favorables aux soins en santé mentale pour les jeunes Noirs en Alberta. Notre question de recherche était la suivante : quels sont les obstacles et les facteurs favorables à l'accès et au recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale en Alberta?

Méthodologie

Modèle d'autonomisation des jeunes

Pour comprendre l'accès des jeunes Noirs aux soins de santé, nous avons utilisé un modèle d'autonomisation des jeunes qui s'inscrit dans la théorie de l'intersectionnalité. En créant un milieu sûr et accueillant et en favorisant une participation significative, nous avons pu avoir accès aux récits de vie et aux répercussions de la marginalisation sociale, économique et politique que vivent les populations noires^{27,28}. L'utilisation du modèle d'autonomisation permet aussi d'équilibrer la dynamique de pouvoir entre adultes et jeunes, d'offrir des possibilités de développement individuel et collectif ainsi que d'encourager la réflexion critique sur les structures et les processus globaux qui façonnent la vie des jeunes²⁹.

Ces cinq dimensions ont orienté le modèle de recherche de manière à garantir le respect des principes participatifs et citoyens. Des espaces sûrs et propices à la réflexion critique et à la mobilisation collective ont permis aux jeunes de comprendre les forces qui influencent leur vie, de parler de leurs expériences et de prendre conscience de leur capacité à créer le changement. Grâce à un modèle d'autonomisation, nous avons explicitement précisé notre engagement à offrir un espace aux jeunes pour qu'ils puissent s'exprimer et prendre conscience de leurs forces et de leur capacité de résilience en même temps qu'ils prennent également conscience des structures et des récits oppressifs qui les empêchent d'agir.

Approche de recherche-action

Nous avons utilisé une approche de recherche-action dirigée par les jeunes pour mieux comprendre l'accès des jeunes Noirs aux soins de santé. La recherche-action est une approche de recherche collaborative et d'égalisation des pouvoirs qui considère les citoyens comme des partenaires dans le processus de recherche et comme des spécialistes des thèmes qui les préoccupent dans leur vie^{30,31}. Elle repose sur les principes du leadership partagé, de la prise de décision collaborative et de l'établissement d'un lien de confiance entre les chercheurs et les populations. L'objectif est de créer des résultats de recherche valables à long terme et orientés vers l'action.

Un projet de recherche-action de qualité respecte les principes d'autonomisation, de développement des connaissances locales et d'action sociale dans toutes les dimensions du processus de recherche³⁰⁻³². L'utilisation d'un modèle d'autonomisation des jeunes fondé sur la théorie de l'intersectionnalité pour guider le projet de recherche-action a permis à l'équipe de recherche de maintenir la qualité de la recherche tout en s'assurant que les questions choisies étaient utiles à la collectivité : les conclusions de notre projet de recherche s'appuient donc sur les expériences de ses membres et les résultats finaux y favorisent des changements à long terme par la diffusion des connaissances.

Nous avons aussi rédigé des notes de réflexion afin de consigner nos expériences sur le terrain et afin de réfléchir à la manière dont notre positionnement social (en particulier notre origine ethnique et notre sexe/genre) a pu influencer le processus de recherche.

Les jeunes ont participé activement à toutes les étapes du projet de recherche. L'inclusion des jeunes aux étapes de collecte, d'analyse et de rédaction des données a favorisé la transparence, l'appropriation et la légitimité des résultats au sein de la collectivité, ce qui est également crucial pour garantir la rigueur de la recherche-action³³.

Les chercheurs et le comité consultatif

Le projet de recherche a été dirigé conjointement par un comité consultatif composé de dix jeunes, qui ont donné des conseils et aidé concrètement à la réalisation de la recherche. Sept membres du comité consultatif ont également recueilli des données, animé conjointement des cafés-causeries, analysé les données et contribué aux activités de diffusion. Les jeunes ont joué un rôle de premier plan à toutes les étapes de l'étude, de la conception (avant la présentation de la demande de subvention) à la diffusion des résultats (incluant leur participation comme co-auteurs de cet article).

Les autres membres de l'équipe de recherche appartenaient à un groupe dit racisé ou avaient une expérience de travail avec des jeunes marginalisés.

Recrutement, intervieweurs et participants à l'étude

Nous avons obtenu une approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche (CER)

de l'Université de l'Alberta (protocole du CER 1 : Pro00079877). Nous avons mené 30 entretiens individuels afin de bien comprendre les difficultés auxquelles font face les jeunes lorsqu'ils souhaitent accéder à des services en santé mentale. Nous avons utilisé des affiches et nous avons fait appel à de jeunes pairs recruteurs pour diffuser le projet de recherche.

Les entretiens ont été menés par de jeunes Noirs et par une assistante de recherche diplômée. Tous ont reçu une formation sur les techniques d'entretien, l'éthique en recherche, les méthodes qualitatives et la recherche participative. Nous avons utilisé un échantillonnage dirigé pour recruter des cas riches en information³² et nous avons poursuivi le recrutement jusqu'à obtention du point de saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que la quantité de données recueillie ait été suffisante pour répondre à la question de recherche de manière à contribuer à la recherche et à la pratique^{34,35}.

Participants à l'étude

Les 129 participants à l'étude ont tous déclaré être Noirs. Ils avaient entre 16 et 30 ans au moment de l'enquête et parlaient couramment anglais. Nous avons interrogé 30 participants et les 99 autres ont participé à nos cafés-causeries. Parmi les participants aux entretiens, 10 ont déclaré être des hommes, 18 des femmes et 2 des personnes non binaires ou d'autre catégorie. Ils étaient majoritairement chrétiens (21) et musulmans (4), 5 d'entre eux ayant déclaré adhérer à une autre religion ou ne pas avoir de religion.

Parmi les participants aux cafés-causeries, 22 ont déclarés être des hommes, 76 être des femmes et 1 personne être non binaire ou relever d'une autre catégorie. Ils étaient majoritairement chrétiens (67) et musulmans (24), 8 ayant déclaré adhérer à une autre religion ou ne pas avoir de religion. Les pays de naissance des participants étaient les suivants : Allemagne, Angleterre, Arabie saoudite, Botswana, Burundi, Canada, Égypte, États-Unis, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Haïti, Jamaïque, Kenya, Liban, Libéria, Libye, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Saint-Martin (Pays-Bas), Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Collecte de données

Les données ont été recueillies en deux phases : les entretiens avec 30 jeunes

Noirs pour la phase 1 et les cafés-causeries avec les 99 autres jeunes Noirs pour la phase 2.

Les entretiens individuels ont duré environ une heure et la plupart ont eu lieu à l'Université de l'Alberta. Ils reposaient sur un questionnaire sociodémographique (disponible sur demande auprès de l'auteure-ressource) et sur des questions d'entretien semi-structuré axées sur les expériences personnelles en matière de santé mentale, les obstacles et les facteurs favorables à la santé mentale, les stratégies adaptées sur le plan culturel qui permettent d'améliorer efficacement l'accès et le recours aux services en santé mentale et enfin les répercussions pour la recherche, les politiques et les pratiques.

Au cours de la phase 2, nous avons organisé des cafés-causeries avec les jeunes Noirs. Cela a favorisé la mobilisation et le dialogue des jeunes, car les participants ont pris l'initiative en exposant leurs sujets de préoccupation et en expliquant les répercussions de ces problèmes sur leur vie.

Après avoir réalisé les entretiens individuels, mais avant de tenir les cafés-causeries, l'équipe de recherche et le comité consultatif ont effectué une analyse préliminaire des données issues des entretiens et se sont réunis pour réfléchir aux résultats afin de proposer des thèmes précis pour les cafés-causeries. Ces thèmes reposent sur les données recueillies lors des entretiens et sur l'avis des membres du comité consultatif. Il s'agit des thèmes suivants : introduction à la santé mentale des jeunes Noirs, expérience de l'intersectionnalité et santé mentale, relations intergénérationnelles et santé mentale et enfin politiques en matière de santé mentale.

Les cafés-causeries, qui ont eu lieu une fois par mois durant quatre mois, duraient 3 heures et étaient composés d'une présentation d'environ 20 minutes faite par un conférencier puis de séances de discussion en petits groupes et enfin d'une discussion plus large avec tous les participants. Nous avons pris des notes sur le terrain pour les cafés-causeries et avons recueilli des données sociodémographiques auprès des 99 participants.

Toutes les données ont été transcrites par un transcripteur qualifié. Les témoignages

cités dans cet article ont été traduits de l'anglais. Nous avons effectué une analyse thématique pour cerner les modèles de données, les analyser et les situer dans les contextes élargis de leur survenue³⁶. L'analyse des données s'est faite en plusieurs étapes : (1) se familiariser avec les données par des lectures répétées des transcriptions, (2) générer des codes initiaux, (3) sélectionner les thèmes selon les codes établis, (4) revoir, élargir et affiner les thèmes choisis, (5) définir les thèmes et leur donner un titre et (6) rédiger le rapport final. Nous avons tenu compte des expériences intersectionnelles à toutes les étapes du processus d'analyse. L'analyse des données a été effectuée par deux jeunes Noirs sous la supervision de la chercheuse principale (BS), spécialiste des méthodes qualitatives.

Résultats

Les participants à l'étude ont relevé les principaux obstacles qui empêchent l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale en Alberta. Parmi ces obstacles, mentionnons le manque de sécurité et d'inclusion culturelles, le manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale, les coûts des services en santé mentale, les obstacles géographiques et de localisation, la stigmatisation et le jugement et enfin les limites à la résilience.

Manque de sécurité et d'inclusion culturelles dans la prestation de services

Les participants à l'étude ont relevé la sécurité et l'inclusion culturelles comme une préoccupation majeure. Ils ont mentionné que la population du Canada est majoritairement blanche et que cela a comme effet que de nombreux services offerts dans différents secteurs de la société semblent être conçus spécifiquement pour cette clientèle de personnes blanches, excluant les autres personnes.

Les participants ont décrit le système en santé mentale comme un service d'« altérisation » qui contribue à l'exclusion et à la marginalisation des personnes noires. Les participants ayant eu recours à des services en santé mentale ont déclaré avoir souvent été exclus et marginalisés par des fournisseurs de soins de santé blancs qui, selon eux, manquaient généralement de connaissances et de formation en matière d'interculturalité et ne comprenaient pas les complexités liées à

l'ethnicité. Étant donné que leur culture et leur origine ethnique définissent une grande partie de leur vie, ces jeunes estimaient que les fournisseurs de services qui n'avaient pas reçu de formation appropriée ne pouvaient pas faire leur travail adéquatement.

Dans le contexte des compétences et de la sensibilisation interculturelles, la majorité des jeunes ont affirmé que la simple idée d'avoir affaire à un fournisseur de soins de santé qui manque de compétences interculturelles suffisait à les dissuader d'accéder à des services en santé mentale. Cette attitude à l'égard de l'accès aux services en santé mentale était associée à une déconnexion perçue, à de l'inconfort et à une insécurité que de nombreux jeunes ont dit ressentir lorsqu'ils ont eu affaire à des services en santé mentale. Une participante a souligné son impuissance lors de la rencontre avec un fournisseur de soins de santé déconnecté de la réalité :

Oh, [je dis que] je suis victime de racisme. Ils m'ont répondu des trucs comme "Quoi? ... tu es certaine? D'accord, je vais te donner quelques [...] stratégies pour t'aider à composer avec ton milieu de travail ou ailleurs." Mais c'est comme, non... J'ai l'impression que quelqu'un qui n'a jamais vécu ça ou qui n'a aucune idée de ce que c'est que de vivre ça a vraiment des difficultés à faire preuve d'empathie, à comprendre et va plutôt juste vous conseiller sur ce que vous pouvez faire ou vous donner des stratégies et des choses comme ça. (participante 010, femme, née au Liban de parents originaires du Soudan du Sud)

Les jeunes craignaient que leurs expériences de racisme ne soient invalidées lors des séances de consultation en santé mentale. Critiquant l'approche « daltonienne » populaire comme étant émotionnellement invalidante, dommageable et épuisante, un jeune a donné son point de vue selon son expérience :

Non... vous ne devriez pas dire ça. Si vous voulez entrer [rires] dans un espace où il n'y a que des Noirs, vous ne pouvez pas dire "Je ne vois pas de couleur." Vous nous invalidez, nous et nos expériences. Et je sais que vous pouvez reconnaître

ma couleur. Donc, si ces personnes sont celles qui sont censées nous offrir des services, comment pouvons-nous les prendre au sérieux? Ce n'est pas un endroit sûr, vous voyez? Ça pourrait être un élément déclencheur. Vous pourriez être davantage traumatisé ainsi, oui. (participante 013, homme, né au Nigéria)

Lorsqu'ils ont eu l'occasion d'imaginer un centre de services en santé mentale, les participants aux cafés-causeries ont décrit leur centre de services communautaires idéal comme étant un centre situé au cœur de leur quartier, employant des fournisseurs de soins de santé noirs et compétents sur le plan interculturel, présentant des œuvres d'artistes noirs sur les murs et offrant une plus grande variété de services de counseling et de thérapie. Les jeunes ont accordé la priorité au besoin d'assurer une représentation noire dans leurs services, ainsi que d'avoir des praticiens compétents sur le plan interculturel.

Manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale

Une incompréhension générale de la nature de la santé mentale empêche les jeunes Noirs d'accéder aux services. Les participants ont déclaré que, indépendamment de la gravité de crises en santé mentale, ils normalisaient souvent leur mauvais état de santé mentale, ignorant que ce qu'ils vivaient était grave. Ce modèle de réponse aux difficultés en santé mentale se traduit souvent par une incapacité à codifier les symptômes comme étant anormaux en raison de la normalisation répétée d'expériences négatives. L'une des personnes interrogées a relevé que le manque de connaissances l'avait auparavant maintenue dans l'ignorance :

[...] lorsqu'on nomme quelque chose, c'est comme "Oh, alors c'est ce qu'on considère une dépression ou de l'anxiété". J'ai l'impression qu'avant, je ne tenais pas compte des symptômes... Je n'avais pas les mots pour décrire... la situation, si on peut dire. (participante 010, femme, née au Liban de parents originaires du Soudan du Sud)

À ce manque de connaissances s'ajoute une méconnaissance des ressources et des services offerts pour préserver une bonne santé mentale ou pour traiter une crise en

santé mentale, comme l'a mentionné une personne interrogée :

Hum, je pense tout simplement que, dans mon milieu, je ne sais pas à qui m'adresser ou on ne sait pas à qui s'adresser pour trouver des ressources pour garder une bonne santé mentale, ou alors on n'est pas vraiment certains de, genre, ce qu'on peut faire pour rester en bonne santé mentale et s'y engager, vous voyez? Donc ce n'est peut-être pas très accessible. (participante 024, femme, née en Somalie)

Le manque de sensibilisation à la santé mentale et aux services de santé associés conduit à ce que se forme un groupe de population qui ne connaît pas du tout le système de soins en santé mentale. Cette méconnaissance entraîne en outre des retards importants dans l'accès aux services de soutien en matière de santé mentale et la réception de ces services.

Obstacles géographiques, économiques et de localisation

Les participants ont souligné l'existence d'une concentration de fournisseurs de services en santé mentale hors de leur milieu et dans les milieux blancs plus riches. L'appartenance à une minorité visible combinée à un statut socioéconomique inférieur a ainsi créé chez les jeunes un sentiment d'inconfort, d'exclusion ou de ne pas être le bienvenu dans ce contexte, ce qui constitue un obstacle à l'accès aux services. Une participante a émis l'opinion suivante :

Mais [...] tu ne veux pas aller à un endroit où tu n'es même pas à l'aise [...] Et même si tu l'es [...], je ne veux pas aller à un endroit où j'ai l'impression que [...] les gens vont me faire sentir à part... (participante 027, femme, née au Zimbabwe)

La capacité des individus à accéder à des services en santé mentale est aussi fonction de leur classe socioéconomique. La majorité des jeunes que nous avons interrogés faisaient des études supérieures et y consacraient une grande partie de leur temps, de leur énergie et de leur argent. En outre, comme les jeunes Noirs sont généralement issus de milieux socioéconomiques défavorisés, ils aident souvent à faire vivre leur famille. Une fois

toutes leurs dépenses comptabilisées, il leur reste rarement assez d'argent pour accéder à des services en santé mentale :

Et donc je sais que je ne gagne pas tant d'argent. J'en gagne assez. Quand tu ajoutes à ça le soutien à la famille, il n'en reste plus beaucoup parfois pour obtenir des services, des services de santé, par exemple. (participant 003, non-binaire, né au Canada)

En plus de générer un sentiment d'inconfort, les obstacles géographiques et de localisation sont également des obstacles physiques à l'accès. En effet, un nombre important de jeunes participants ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas se permettre le déplacement ou le temps de déplacement pour accéder à des services en santé mentale. Ils ont dit que les services doivent être offerts au sein des milieux où la population noire est prédominante afin d'accroître la familiarité, d'atténuer le sentiment d'inconfort ou celui de ne pas se sentir le bienvenu et d'accroître l'accessibilité pour une plus grande partie de la population noire :

Je pense que si nous devons avoir ces services... ils doivent être offerts dans les endroits où se trouvent la plupart d'entre nous, surtout ceux qui sont... qui, je suppose... qui, genre, en auraient le plus besoin. (participante 023, femme, née au Nigéria)

Stigmatisation et jugement au sein des communautés noires

Les participants ont souligné la stigmatisation omniprésente dans leurs communautés à l'égard du système en santé mentale et des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Cette stigmatisation découle d'un manque de connaissances combiné à des croyances culturelles et à des particularités souvent renforcées par les membres de la famille. Les jeunes participants ont mentionné que, dans leur environnement culturel, certaines difficultés de la vie sont glorifiées et considérées comme plus graves que les problèmes de santé mentale. Avoir des problèmes de santé mentale est considéré par certains comme une faiblesse ou un échec de la part de l'individu : il faut qu'il mette ses problèmes de côté parce que leur incidence ne peut être que mineure. Souvent, les jeunes intériorisent

ce message au point d'assumer une responsabilité personnelle oppressante à l'égard de leur mauvaise santé mentale ou de leur maladie mentale et de sa prise en charge :

[...] ils ne croient pas que la santé mentale est aussi importante que la santé physique, donc ils ont tendance à considérer la santé mentale comme une absurdité ou... comme quelque chose d'exagéré, et ils diraient simplement... de passer par dessus cela. (participant 007, homme, né au Canada)

La stigmatisation se manifeste aussi parfois par une représentation unidimensionnelle des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Certains jeunes ont dit croire en la caricature d'une personne « folle » comme représentative des problèmes en santé mentale. Par conséquent, ces jeunes reportent souvent leur traitement, voire y renoncent, pour éviter d'être perçus de manière négative.

Limites de l'autosuffisance face aux facteurs de stress liés à la santé mentale

Les difficultés et les traumatismes auxquels les Noirs du Canada ont longtemps fait face ont créé une culture d'indépendance où la résilience et l'autosuffisance sont hautement valorisées. On s'attend à ce que les personnes manifestent en surface ces caractéristiques, même en cas d'adversité extrême. Les problèmes de santé mentale étant considérés comme une menace à ce que s'expriment la résilience et l'autosuffisance, les jeunes doivent se débrouiller seuls et en secret, souvent à leur détriment. Les jeunes ont déclaré avoir été encouragés par leur famille et d'autres membres de leur communauté à endurer ou à ignorer les problèmes, malgré l'exacerbation de ces derniers. Ils ont été considérés comme faibles s'ils tentaient de surmonter leurs difficultés et leurs traumatismes, et forts s'ils refusaient de les reconnaître, même si cela réduisait leurs chances d'accéder à des soins. Les récits de deux participantes font écho aux sentiments exprimés par plusieurs autres :

[...] c'est une bonne chose de croire que vous pouvez gérer tout ce que la vie vous réserve, mais quand ça devient évident que ça vous déprime et qu'on vous dit des trucs du genre "Non, non, tu es capable de gérer

ça. Ne t'en fais pas! Tu n'as qu'à t'en servir et à continuer ton chemin!" C'est... un peu démoralisant pour moi, parce que, justement, je ne peux pas faire ça à ce moment-là, et ils me font me sentir plus mal que si je le gardais pour moi. Donc, c'est plus comme... si, par exemple, j'ai une crise d'anxiété ou si mon niveau d'anxiété augmente quand je suis avec eux, je devrais le garder pour moi... (participante 017, femme, née au Canada)

Mes parents [et] la plupart des immigrants [...] nous vivons beaucoup de choses. Je ne peux même pas l'exprimer [...] Je ne suis pas une immigrante, je suis née ici, mais mes parents et mes frères et sœurs, ils ont traversé beaucoup d'épreuves depuis, vous savez, depuis le jour où ils ont mis le pied dans ce monde jusqu'à aujourd'hui, et ils sont toujours aux prises avec des difficultés à ce jour. Ils ont donc cette force que j'admire vraiment, mais souvent, ça signifie que ces choses, le stress, les... vous voyez, ces maladies que nous avons qui ne sont pas seulement physiques... si nous en parlons, c'est comme... c'est comme si nous étions faibles. Ou alors, nous avons vécu tellement de choses que ce n'est même pas une maladie. C'est juste quelque chose que nous traversons. » (participante 027, femme, née au Canada)

Nous avons constaté des différences dans l'état de santé mentale des jeunes Noirs entre les immigrants et les non immigrants : les jeunes dont les parents avaient subi des traumatismes avant de s'établir au Canada avaient du mal à faire comprendre à leurs parents l'importance de la santé mentale. Les participants ont indiqué que leurs parents immigrants avaient souvent la perception que les jeunes devaient être plus forts et aussi résilients que les parents qui avaient subi de graves traumatismes.

Analyse

Il existe de plus en plus de données probantes indiquant que les jeunes Noirs du Canada sont touchés de façon disproportionnée par les difficultés d'accès aux services en santé mentale²⁰. Les résultats de notre étude confirment qu'un certain nombre d'obstacles entravent l'accès des

jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale.

Les répercussions de ces résultats sont présentées dans les sections suivantes.

Inclusion et représentation culturelles

L'accessibilité des services en santé mentale ne doit pas être simplement comprise ou définie comme le fait de recevoir tout type de soins. La nature, la qualité, le contexte et la pertinence des soins ainsi que la satisfaction de la personne qui reçoit ces soins comptent, entre autres facteurs. L'American Institute of Medicine^{37,p.4} considère l'accès comme [traduction] « un vaste ensemble de préoccupations centrées sur la mesure dans laquelle les personnes et les groupes sont capables d'obtenir les services nécessaires de la part du système de soins médicaux » et il le définit comme « l'utilisation en temps opportun des services de santé personnels aux fins de l'obtention des meilleurs résultats possible en matière de santé ».

En général, le premier accès des jeunes Noirs du Canada aux services ou aux interventions en santé mentale se fait en situation de crise, par exemple lorsqu'ils ont des interactions avec le système judiciaire ou lorsqu'ils ont besoin de soins intensifs^{38,39}. Quand leurs symptômes mènent à une dépression, les personnes noires ont tendance à avoir des crises plus graves et plus chroniques que l'ensemble de la population⁴⁰. Ces tendances troublantes méritent une attention sérieuse et des réponses de la part des décideurs en matière de soins de santé et des fournisseurs de services de santé, étant donné la réalité bien établie selon laquelle une mauvaise santé mentale a également une incidence disproportionnée sur la qualité de vie des personnes marginalisées et dites racisées.

Les participants à l'étude considèrent ou croient fermement que le système de santé actuel n'est pas suffisamment convivial ou inclusif, car il n'a pas été conçu en fonction de leurs préoccupations ou de leurs besoins culturels, ce qui explique l'insécurité et la réticence des jeunes Noirs à s'insérer dans le système ou à profiter des services. La méfiance évoquée par le biais de l'absence de services adaptés sur le plan culturel et par les rencontres négatives passées ou anticipées avec les fournisseurs de services contribuent également à l'exclusion des jeunes Noirs, malgré le

risque encouru de voir leur santé et leur qualité de vie se dégrader.

Un autre élément qui décourage les jeunes Noirs d'accéder au système de soins en santé mentale et d'y avoir recours est le manque de proximité de ces services par rapport à leurs milieux, ainsi que la sous-représentation flagrante des Noirs et des fournisseurs de soins de santé ayant des compétences interculturelles lorsque ces services sont accessibles. Ces facteurs, combinés aux coûts exorbitants des services et des médicaments pour les jeunes défavorisés sur le plan socioéconomique, créent un ensemble d'obstacles qui font des services de soins en santé mentale des services de luxe peu attrayants et inaccessibles.

Parmi les causes sous-jacentes de ces obstacles à l'inclusion et à la représentation, mentionnons les systèmes de discrimination, d'iniquité et d'oppression qui, ouvertement ou non, maintiennent le privilège ou l'accès pour certains et l'oppression ou l'exclusion pour d'autres⁴¹⁻⁴⁵. Il incombe donc aux décideurs et aux fournisseurs de services de santé de travailler aux côtés des membres des populations marginalisées et historiquement exclues pour trouver des solutions qui conviennent à tous. Pour ce faire, ils doivent s'efforcer de mieux comprendre les obstacles à l'accès fondés sur la culture, de remettre en question les politiques et les pratiques coloniales et discriminatoires ancrées dans les systèmes et les services de soins de santé et d'explorer des politiques et des modèles de prestation de services délibérément inclusifs qui tiennent compte des différences ethnoculturelles, qui attirent les jeunes Noirs et qui répondent à leurs besoins en matière de soins en santé mentale.

Importance exagérée accordée à la résilience et à l'autosuffisance

Pour plusieurs participants à l'étude, la tendance de certains parents, aînés et membres de la famille à accorder une importance exagérée à la résilience ou à l'autosuffisance a constitué un obstacle à l'accès aux soins en santé mentale. Un recours excessif aux caractéristiques fondées sur les forces peut nuire à l'accès à des soins opportuns et de qualité. Le rôle des traumatismes intergénérationnels ou familiaux et de traits culturels dans la détermination du comportement de recherche d'aide des jeunes Noirs doit être mieux

compris et pris en compte dans les stratégies d'éducation et de prestation de services en santé mentale.

Bien qu'on devrait dissuader les gens à accorder trop d'importance à l'autosuffisance, le rôle de la résilience ne devrait pas être ignoré. La résilience est un processus dynamique par lequel une personne ou un groupe utilise à son avantage les facteurs de protection disponibles, ce qui entraîne des résultats positifs en matière de santé⁴⁶. Certaines approches visant à améliorer la résilience incluent la promotion d'habiletés d'adaptation positives et l'utilisation de ressources externes, comme le soutien familial, susceptibles de protéger la personne contre les effets négatifs sur sa santé mentale⁴⁶. Dans cette étude, les jeunes ont discuté de stratégies d'adaptation négatives comme l'évitement et le manque de soutien familial et collectif en matière de santé mentale. Le modèle d'autonomisation des jeunes que nous avons utilisé pour faire entendre le point de vue des jeunes Noirs fait partie des approches recommandées pour renforcer la résilience des jeunes adultes⁴⁷.

L'un des futurs domaines de recherche consiste à analyser comment les jeunes Noirs, leurs communautés et les personnes de leur milieu peuvent renforcer leur capacité de résilience en utilisant leurs forces collectives intrinsèques et en s'attaquant à la stigmatisation des problèmes de santé mentale. Les programmes d'éducation et de mobilisation qui leur sont spécifiquement destinés peuvent à la fois offrir un accueil aux histoires traumatisantes et faire la preuve des avantages d'une prise en charge des problèmes de santé mentale, qu'ils soient induits par des traumatismes ou d'une autre origine.

En outre, les multiples facteurs de stress sociaux et économiques des familles noires ont vraisemblablement un impact sur les stratégies d'adaptation familiales et les styles parentaux. Par conséquent, pour améliorer l'état de santé mentale des jeunes Noirs, il faut mettre en place des interventions centrées sur le bien-être global de leurs familles⁴⁸. Le fait d'offrir aux jeunes des programmes en santé mentale en ayant recours à des approches axées sur la famille et le milieu a permis d'accroître la participation aux programmes et la stabilité de cette participation ainsi que d'obtenir des résultats positifs en matière de santé mentale. Des travaux

de recherche réalisés précédemment au Canada ont également mis en lumière la nécessité d'approfondir les recherches sur la conception et sur la mise en œuvre de ce type de programmes dans les communautés et collectivités diversifiées sur le plan ethnique et culturel⁴⁹.

Lutte contre la marginalisation intersectionnelle liée à la santé mentale

Les personnes marginalisées cumulant plusieurs caractéristiques et conditions sociales défavorables sont touchées de façon disproportionnée par de nombreux facteurs historiques de discrimination⁵⁰⁻⁵². Les effets multiples et interreliés des obstacles à l'accès aux services décrits dans cette étude sont le signe que les jeunes Noirs en Alberta sont victimes de marginalisation intersectionnelle en matière de santé mentale. Nos conclusions collectives indiquent que ces facteurs intersectionnels cumulatifs, qui sont souvent ignorés, sont ancrés dans des inégalités systémiques et des structures historiques de discrimination qui, sciemment ou non, aggravent les problèmes de santé mentale tout en renforçant l'exclusion des jeunes Noirs de services de qualité en santé mentale.

Cette situation persiste en partie parce que les politiques et les interventions en matière de santé ne ciblent souvent que certains obstacles ou aspects du problème sans tenir compte des facteurs connexes ou croisés qui contribuent au statu quo⁵³. Par exemple, comprendre l'intersectionnalité entre le fait d'être un jeune immigrant noir issu d'une minorité ethnoculturelle et l'appartenance à un statut socioéconomique inférieur, et la façon dont ces différentes situations sociales interagissent et influencent les actions et les motivations des jeunes qui ont besoin d'aide, peut conduire à changer complètement la façon dont les politiques et les services sont conçus et mis en œuvre pour surmonter les obstacles à l'accès.

De même, les solutions aux problèmes d'accessibilité pourraient être plus équitables et pertinentes si elles tenaient compte de l'interaction et du cumul de facteurs décisifs tels que les connaissances en santé mentale, les croyances et les coutumes ethnoculturelles, la stigmatisation et les difficultés structurelles, entre autres obstacles. Le fait d'ajouter les autres dimensions connues à l'origine des disparités sociales (telles que l'âge, le sexe

ou genre, l'orientation sexuelle, etc.) renforce encore la complexité de la situation. Ces facteurs s'influencent mutuellement et influencent les comportements et les motivations des jeunes Noirs en matière de recherche d'aide dans une mesure si profonde que le fait de continuer à les ignorer au profit de réponses plus isolées ou traditionnelles ne pourra aucunement faire disparaître la marginalisation actuelle. Nous estimons que les activités d'élaboration de politiques et de prestation de services de santé devraient reposer sur une meilleure compréhension des identités complexes et croisées des jeunes Noirs et s'attaquer aux multiples sources sous-jacentes de discrimination et d'iniquité qui engendrent au sein de cette population une marginalisation intersectionnelle en santé mentale. Cela pourrait permettre d'établir un équilibre, actuellement terriblement nécessaire, et de mobiliser des moyens d'accès plus rapides et meilleurs aux soins en santé mentale pour cette population.

Les résultats de notre étude nous permettent de proposer aux politiques et aux praticiens en matière de santé plusieurs recommandations pour éliminer les obstacles au recours et à l'accès aux soins de santé tout en optimisant les capacités des jeunes Noirs, afin de favoriser un recours accru et un accès durable à ces soins :

- diversifier le personnel des services en santé mentale en embauchant des fournisseurs de services ou des professionnels noirs ayant des compétences interculturelles, en les encadrant et en appuyant leur perfectionnement professionnel;
- augmenter le soutien de plusieurs ordres de gouvernement (fédéral, provincial, municipal) destiné aux organismes des communautés noires qui participent à des activités de qualité et prioritaires en matière de connaissances et de traitements en santé mentale en Alberta;
- intensifier les efforts pour recueillir des données fondées sur l'ethnicité et pour comprendre les obstacles intersectionnels (et les facteurs favorables) à l'utilisation par les jeunes Noirs des services en santé mentale;
- s'attaquer au racisme dont sont victimes les personnes noires en veillant à ce que les fournisseurs de services

intègrent la lutte contre le racisme à leurs pratiques;

- s'associer à des chercheurs noirs, à des communautés noires et à des organismes de jeunes Noirs pour concevoir et offrir une éducation accessible et adaptée sur le plan culturel qui permette d'améliorer les connaissances en matière de santé mentale;
- faire appel aux services d'éducateurs et de praticiens noirs ou ayant des compétences sur le plan interculturel pour former ou orienter interculturellement les fournisseurs de services en santé mentale;
- affecter des ressources et offrir des services en santé mentale et de bien-être dans les milieux avec forte concentration de jeunes noirs ou de populations dites racisées;
- cibler et éliminer les facteurs systémiques et structurels qui sont à l'origine des inégalités et des obstacles structurels liés à l'accès aux services en santé mentale ou qui les renforcent.

Points forts et limites

Notre projet présente plusieurs points forts : un échantillon de grande taille pour une étude de type qualitatif (129 participants), la participation (après une formation rigoureuse) des jeunes à la collecte des données, le recours à la réflexivité et la vérification par les membres. Cependant, nous n'avons recueilli des données qu'auprès de jeunes d'Edmonton et nous ne pouvons donc pas généraliser nos conclusions à d'autres parties du pays. Nous fournissons cependant des renseignements contextuels pour faciliter la transférabilité de nos résultats.

L'une des principales faiblesses de notre étude vient du fait que les participants étaient en grande partie des femmes. Les membres du comité consultatif et les assistantes de recherche étaient des femmes, du fait de la direction de notre organisme partenaire, et les assistantes de recherche ont, de plus, principalement recruté des personnes de même sexe/genre. Les prochains travaux de recherche devraient garantir une représentation diversifiée au sein des comités consultatifs.

Conclusion

Comme c'est le cas dans une grande partie de l'Amérique du Nord, l'accès des

jeunes Noirs de l'Alberta à des services en santé mentale de qualité est inégal et inéquitable par rapport à la majorité de la population. Cette situation se perpétue en raison d'une série d'obstacles nuisibles, intersectionnels et liés à des traits culturels, qui se combinent pour exclure les jeunes Noirs des soins de qualité. L'état de marginalisation intersectionnelle en matière de santé mentale qui en découle justifie qu'une attention particulière soit portée à l'hétérogénéité des obstacles à l'accès et qu'une réponse globale adaptée sur le plan culturel soit fournie.

Remerciements

Ce projet a été financé par Policywise for Children and Families (numéro de subvention : 17SM-Salami). Nous remercions également les membres du groupe YEG TheComeUp du Centre Afrique pour leur contribution, ainsi que les participants à ce projet.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

BS : conception, analyse formelle, acquisition des fonds, enquête, administration du projet, méthodologie, supervision, rédaction (première version du manuscrit, relecture et révision)

BD : enquête, administration du projet, supervision, rédaction (première version du manuscrit, relecture et révision)

RT : enquête, rédaction (première version du manuscrit)

NA : analyse formelle, enquête, rédaction (première version du manuscrit)

MJ : conception, acquisition des fonds, relecture et révision du manuscrit

MA : enquête, relecture et révision du manuscrit

JS : conception, acquisition des fonds, méthodologie, relecture et révision du manuscrit

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

Références

1. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. Global burden of mental, neurological, and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Disease control priorities, 3rd edition (Volume 4): mental, neurological, and substance use disorders [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2016. En ligne à : <http://hdl.handle.net/10986/23832>
2. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, et al. Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(5):28. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
3. Ohlson M. Effects of socioeconomic status and race on access to health-care in the United States. *Perspectives.* 2020;12(1):2:1-13.
4. Moscelli G, Siciliani L, Gutacker N, Cookson R. Socioeconomic inequality of access to healthcare: does choice explain the gradient? *J Health Econ.* 2018;57:290-314. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.005>
5. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry.* 2016; 15(3):276-286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
6. Wylie L, Corrado AM, Edwards N, Benlamri M, Murcia Monroy DE. Reframing resilience: strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees. *Int J Mental Health Nurs.* 2020;29(1):69-79. <https://doi.org/10.1111/inm.12650>
7. Batista R, Pottie K, Bouchard L, Ng E, Tanuseputro P, Tugwell P. Primary health care models addressing health equity for immigrants: a systematic scoping review. *J Immigr Minor Health.* 2018;20(1):214-230. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0531-y>

8. Gushulak BD, Pottie K, Hatcher Roberts J, Torres S, DesMeules M; Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ*. 2011;183(12):E952-958. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090287>
9. Floyd A, Sakellariou D. Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):195. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0694-8>
10. Boise L, Tuepker A, Gipson T, Vigmenon Y, Soule I, Onadeko S. African refugee and immigrant health needs: report from a community-based house meeting project. *Prog Community Health Partnersh*. 2013;7(4):369-378. <https://doi.org/10.1353/cpr.2013.0045>
11. Chen YY, Li AT, Fung KP, Wong JP. Improving access to mental health services for racialized immigrants, refugees, and non-status people living with HIV/AIDS. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26(2):505-518. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0049>
12. Arpey NC, Gaglioti AH, Rosenbaum ME. How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: a qualitative study. *J Prim Care Community Health*. 2017;8(3):169-175. <https://doi.org/10.1177/2150131917697439>
13. Ng J, Zhang Q, Scholle SH, Guerino P; Centre for Medicare and Medicaid Services. Racial and ethnic disparities in mental health among diverse groups of Medicare. *Data Highlight*. 2017; 11:1-28. En ligne à : <https://www.hosonline.org/globalassets/hos-online/publications/data-highlight-vol11-dec-2017.pdf>
14. Cook BL, Trinh NH, Li Z, Hou SS, Progovac AM. Trends in racial-ethnic disparities in access to mental health care, 2004–2012. *Psychiatr Serv*. 2017; 68(1):9-16. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500453>
15. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé : influences sociales et économiques sur la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 23 décembre 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html#a1>
16. Abdillahi I, Ashley S. Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens noirs : un aperçu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/social-determinants-inequities-black-canadians-snapshot/iniquit%C3%A9s-en-sant%C3%A9-canadiens-noirs.pdf>
17. Gee GC, Ford CL. Structural racism and health inequities: old issues, new directions. *Du Bois Rev*. 2011;8(1):115-132. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
18. Assari S, Caldwell CH. Mental health service utilization among black youth; psychosocial determinants in a national sample. *Children (Basel)*. 2017; 4(5):40. <https://doi.org/10.3390/children4050040>
19. Williams DR, González HM, Neighbors H, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and non-Hispanic Whites: results from the National Survey of American life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):305-315. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.3.305>
20. Fante-Coleman T, Jackson-Best F. Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for black youth: a scoping review. *Adolescent Res Rev*. 2020;5(2):115-136. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00133-2>
21. Statistique Canada. 2019. Tableaux de données, Recensement de 2016. Total – minorités visibles (15), âge (15A), sexe (3) et certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la population active, de la scolarité et du revenu (900) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Recensement de 2016 – Données-échantillon (25 %) [Internet]. [consultation le 8 juin 2021]. [Statistique Canada, n° au catalogue : 98-400-X2016192]. En ligne à : [https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=7&DETAIL=0&DIM=0&FL=V&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=112451&PRID=10&PYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEE=Visible%20minority%20\(15\)&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0](https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=7&DETAIL=0&DIM=0&FL=V&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=112451&PRID=10&PYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEE=Visible%20minority%20(15)&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0)
22. Statistique Canada. La population noire au Canada : éducation, travail et résilience. Série thématique sur l'ethnicité, la langue et l'immigration. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020. [Statistique Canada, n° au catalogue : 89-657-X2020002]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-657-x/89-657-x2020002-fra.pdf?st=4YAhycvS>
23. Taylor D, Richards D. Triple jeopardy: complexities of racism, sexism, and ageism on the experiences of mental health stigma among young Canadian black women of Caribbean descent. *Front Sociol*. 2019;4:43. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00043>
24. Wiens K, Bhattarai A, Pedram P, et al. A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e115. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000281>
25. Malla A, Shah J, Iyer S et coll. Youth mental health should be a top priority for health care in Canada. *Can J Psychiatry*. 2018;63(4):216-222. <https://doi.org/10.1177/0706743718758968>
26. Salami B, Salma J, Hegadoren K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: perspectives of immigrant service providers. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(1):152-161. <https://doi.org/10.1111/inm.12512>
27. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev*. 1991;43(6):1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
28. Hill Collins P. Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. 2e éd. New York: Routledge; 2009. En ligne à : <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>

29. Jennings LB, Parra-Medina DM, Messias DK. Towards a critical social theory of youth empowerment. *J Community Pract.* 2006;14(1/2):31-55. https://doi.org/10.1300/J125v14n01_03
30. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. Introducing critical participatory action research [Internet]. Dans : *The Action Research Planner*. Singapore: Springer Singapore; 2014 [consultation le 23 décembre 2020]. p. 1-31. https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2_1
31. Minkler M, Wallerstein N, editors. *Community-based participatory research for health: from process to outcomes*. 2e éd. San Francisco (CA) : Jossey-Bass; 2008.
32. Morse JM. Evaluating qualitative research. *Qual Health Res.* 1991;1(3):283-286. <https://doi.org/10.1177/104973239100100301>
33. Locke T, Alcorn N, O'Neill J. Ethical issues in collaborative action research. *Educ Action Res.* 2013;21(1):107-123. <https://doi.org/10.1080/09650792.2013.763448>
34. Thorne S, Darbyshire P. Land mines in the field: a modest proposal for improving the craft of qualitative health research. *Qual Health Res.* 2005;15(8):1105-1113. <https://doi.org/10.1177/1049732305278502>
35. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health.* 1995;18(2):179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
36. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
37. Millman ML, editor. *Access to health care in America*. Washington (DC): National Academy Press; 1993.
38. Anderson KK, Flora N, Ferrari M, et al.; ACE Project Team. Pathways to first-episode care for psychosis in African-, Caribbean-, and European-origin groups in Ontario. *Can J Psychiatry.* 2015;60(5):223-231. <https://doi.org/10.1177/070674371506000504>
39. Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ.* 2015;187(9):E279-286. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141420>
40. Williams DR. Stress and the mental health of populations of color: advancing our understanding of race-related stressors. *J Health Soc Behav.* 2018;59(4):466-485. <https://doi.org/10.1177/0022146518814251>
41. Davis GY, Stevenson HC. Racial socialization experiences and symptoms of depression among black youth. *J Child Fam Stud.* 2006;15(3):293-307. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9039-8>
42. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet.* 2018;391(10131):1718-1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
43. Lindsey MA, Chambers K, Pohle C, Beall P, Lucksted A. Understanding the behavioral determinants of mental health service use by urban, under-resourced black youth: adolescent and caregiver perspectives. *J Child Fam Stud.* 2013;22(1):107-121. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9668-z>
44. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol.* 2015;41(1):311-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>
45. Planey AM, Smith SM, Moore S, Walker TD. Barriers and facilitators to mental health help-seeking among African American youth and their families: a systematic review study. *Child Youth Serv Rev.* 2019;101:190-200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.001>
46. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, et al. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(4):725-732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>
47. Christmas CM, Khanlou N. Defining youth resilience: a scoping review. *Int J Ment Health Addict.* 2019;17(3):731-742. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0002-x>
48. Kutcher S, McLuckie A. Evergreen: a child and youth mental health framework for Canada. *Paediatr Child Health.* 2011;16(7):388. <https://doi.org/10.1093/pch/16.7.388>
49. Ruiz-Casares M, Drummond JD, Beeman I, Lach LM. Parenting for the promotion of adolescent mental health: a scoping review of programmes targeting ethnoculturally diverse families. *Health Soc Care Community.* 2017;25(2):743-757. <https://doi.org/10.1111/hsc.12364>
50. Marchildon J. How racism and discrimination prevent access to good health and well-being for all: Marginalization's impact on health has become all the more evident due to COVID-19 [Internet]. New York (NY) : Global Citizen; 2020 [consultation le 23 décembre 2020]. En ligne à : <https://www.globalcitizen.org/en/content/marginalization-and-its-impact-on-health/#:~:text=Intersectional%20marginalization%20impacts%20access%20to%20health%20globally%20in,to%20financial%20barriers%20to%20stigma%2C%20and%20much%20more>
51. Este D, Lorenzetti L, Sato C, editors. *Racism and anti-racism in Canada*. Black Point (NS) : Fernwood Publishing; 2018.
52. Thannickal H. The effect of intersectional marginalization and discrimination on human rights in healthcare [Internet]. Skopje (MK) : Subversive Front; 2020 [consultation le 23 décembre 2020]. En ligne à : <http://s-front.org.mk/en/2018/08/07/the-effect-of-intersectional-marginalization-and-discrimination-on-human-rights-in-healthcare/>
53. Venkatachalam D, Mishra G, Fatima A, Nadimpally S. 'Marginalizing' health: employing an equity and intersectionality frame. *Saúde debate.* 2020;44(spe1):109-119. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S109>

Recherche quantitative originale

Modifications de la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 : exploration des différences selon le genre et du rôle de la détresse émotionnelle

Kara Thompson, Ph. D. (1), Daniel J. Dutton, Ph. D. (2), Kathleen MacNabb, M.A. (2), Tong Liu, M.A. (2), Sarah Blades, MSP (3), Mark Asbridge, Ph. D. (2)

Publié en ligne le 23 juin 2021

 Diffuser cet article sur Twitter

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

Résumé

Introduction. Les restrictions liées à la pandémie de COVID-19 ont eu des effets pervers importants sur les habitudes de consommation d'alcool des Canadiens, en particulier l'émergence d'une plus grande détresse émotionnelle et ses répercussions potentielles sur la consommation d'alcool. Cette étude examine : 1) les modifications de la consommation d'alcool des adultes pendant la pandémie de COVID-19 au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, 2) si le fait de boire de l'alcool plus fréquemment pendant la pandémie est associé à des ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir et 3) si le genre a un effet modérateur sur cette relation.

Méthodologie. Les participants ont été sélectionnés à partir d'une enquête transversale menée auprès de 2 000 adultes. Des modèles de régression multinomiale ajustés ont été utilisés pour évaluer l'association entre la fréquence de consommation d'alcool et l'augmentation des ressentis de stress, de solitude et de désespoir. Des analyses supplémentaires ont été stratifiées selon le genre.

Résultats. Environ 12 % des répondants ont déclaré avoir bu de l'alcool plus fréquemment après le début de la pandémie de COVID-19, et 25 à 40 % ont fait état d'une augmentation de leur détresse émotionnelle. L'augmentation des ressentis de stress (rapport de cotes [RC] = 1,99; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,35 à 2,93), de solitude (RC = 1,79; IC à 95 % : 1,22 à 2,61) et de désespoir (RC = 1,98; IC à 95 % : 1,21 à 3,23) était associée à une consommation d'alcool plus fréquente pendant la pandémie. Quoique les femmes interrogées aient signalé des taux supérieurs de détresse émotionnelle, les associations avec une augmentation de la fréquence de consommation d'alcool n'étaient significatives que chez les hommes dans les analyses stratifiées selon le genre.

Conclusion. Si les individus ayant fait état de ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir pendant la pandémie de COVID-19 étaient plus nombreux à déclarer une fréquence accrue de consommation d'alcool, ces associations n'étaient significatives que pour les hommes dans les analyses stratifiées. Comprendre comment la pandémie a eu une influence sur la santé mentale et à la consommation d'alcool peut éclairer les politiques de contrôle de l'alcool et les interventions en santé publique visant à limiter les méfaits de l'alcool.

Mots-clés : consommation d'alcool, pandémie de COVID-19, émotions, genre, automédication

Points saillants

- Cette étude examine comment la consommation d'alcool et le bien-être émotionnel ont évolué chez les adultes du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse après le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020.
- Depuis le début de la pandémie, 12,2 % des répondants ont consommé de l'alcool plus fréquemment qu'auparavant.
- Entre 25,3 % et 43,5 % des répondants ont fait état d'une augmentation de leurs ressentis de stress, de solitude et de désespoir.
- Une plus grande proportion de femmes ont fait état d'une détresse émotionnelle accrue depuis le début de la pandémie.
- Des associations significatives entre une détresse émotionnelle accrue et une augmentation de la consommation d'alcool pendant la pandémie ont été observées, mais uniquement chez les hommes.

Introduction

Les mesures rapides et draconiennes mises en œuvre pour contenir la COVID-19 ont entraîné des changements considérables dans la vie quotidienne des Canadiens. Les fermetures généralisées des écoles,

Rattachement des auteurs :

1. Département de psychologie, Faculté des arts, Université St. Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse), Canada
2. Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
3. Équipe de promotion de la santé, Santé mentale et toxicomanie, Centre de santé IWK, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Mark Asbridge, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Centre de recherche clinique, 5790, avenue University, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1V7; tél. : 902-494-3761; courriel : mark.asbridge@dal.ca

des lieux de travail et des entreprises ont laissé de nombreuses personnes sans travail. Les parents et tuteurs ont assumé le rôle d'éducateurs avec le transfert vers l'enseignement en ligne, et l'accès aux services de santé, pourtant indispensables, a été réduit. Ces changements ont entraîné une incertitude et une détresse émotionnelle considérables.

De nouvelles études sur les effets pervers des restrictions sociales et environnementales imposées pour freiner la propagation de la COVID-19 font état de taux élevés de dépression, d'anxiété et de stress au sein de certaines populations, en particulier chez les femmes, les jeunes et les personnes souffrant de problèmes de santé préexistants¹⁻⁴. Ces effets découlent probablement du fardeau et de la perte de liberté imposés par les restrictions et de l'accès réduit aux stratégies d'adaptation positives généralement utilisées pour gérer le stress, comme le soutien social, les activités extrascolaires et même les services de santé mentale⁵.

Certaines personnes sont susceptibles de consommer davantage d'alcool comme mécanisme d'adaptation en période de stress, recherchant les effets pharmacologiques relaxants de l'alcool. Cette hypothèse d'automédication postule qu'elles recourent à la consommation de substances lorsqu'elles sont en situation de détresse émotionnelle et qu'elles cherchent ainsi à augmenter l'affect positif et à diminuer l'affect négatif⁶. Les recherches ont montré que la consommation d'alcool comme moyen de composer avec une situation est associée à l'ingestion d'une quantité élevée d'alcool et c'est le type de consommation qui offre le plus grand risque de conséquences négatives liées à l'alcool à court et à long terme^{7,8}. Les femmes ont davantage tendance à consommer de l'alcool en réponse à des émotions négatives et elles présentent également une prévalence supérieure de troubles concomitants de consommation de substances et de santé mentale^{7,9,10}.

On observe une augmentation de la consommation de substances après une catastrophe, ce qui correspond sans doute à une stratégie d'automédication pour faire face à la détresse émotionnelle¹¹. Dans un article récent, Rehm et ses collègues¹², s'appuyant sur la littérature relative aux crises de santé publique passées¹³, ont suggéré que la pandémie de COVID-19

pourrait entraîner une augmentation de la consommation d'alcool à moyen et à long terme, en particulier chez les hommes. Les recherches sur les catastrophes de grande ampleur passées ont révélé un lien étroit entre la détresse émotionnelle suivant une catastrophe et l'augmentation de la consommation de substances^{5,13,14}. Les premières recherches sur la pandémie de COVID-19 font état d'associations entre une mauvaise santé mentale générale et une augmentation de la consommation d'alcool¹⁵. Plus généralement, les Canadiens qui ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise ont déclaré consommer davantage de substances, et le stress était la troisième raison la plus souvent invoquée par ceux qui avaient augmenté leur consommation d'alcool (44 %) ¹⁶. Le même type d'association avec une consommation d'alcool accrue a pu être observé dans le cas d'une mauvaise santé mentale globale, d'une augmentation des symptômes dépressifs et d'un faible bien-être mental¹⁵. Une étude menée aux États-Unis a montré que la détresse émotionnelle liée à la COVID-19 était associée à une augmentation de la fréquence de consommation d'alcool et à une consommation excessive, tant chez les hommes que chez les femmes¹⁷.

L'alcool est la substance dangereuse la plus consommée par les Canadiens¹⁸ et la plus coûteuse du point de vue des effets néfastes sur la santé¹⁹. Depuis le début de la pandémie en mars 2020, les ventes d'alcool ont augmenté dans plusieurs régions^{20,21}. D'après plusieurs enquêtes de surveillance récentes, si entre 14 % et 18 % des adultes canadiens ont augmenté leur consommation d'alcool, une proportion similaire (9 % à 12 %) a diminué sa consommation et, pour la plupart des Canadiens (70 %), il n'y a pas eu de changement^{16,22,23}. Des tendances comparables ont été observées aux États-Unis²⁴, au Royaume-Uni¹⁵, en Pologne²⁵ et en Australie²⁶.

L'augmentation de la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 a potentiellement des coûts sociaux et économiques à long terme à l'échelle des individus, des collectivités et de la société²⁷⁻³⁰. Cette situation conduit à la « nécessité de surveiller de près toute évolution de la consommation d'alcool »^{12, p. 303}. Nous devons mieux comprendre comment, et pour qui, les facteurs de stress particuliers liés à la COVID-19 sont associés à la consommation d'alcool, afin de limiter les conséquences

néfastes de l'alcool en mettant en place des politiques de contrôle de l'alcool et des interventions en santé publique. De plus, étant donné qu'en comparaison des hommes, nous avons vu plus haut que les femmes tendent davantage à consommer de l'alcool en réponse à des émotions négatives et qu'elles ont une prévalence élevée de troubles concomitants de consommation de substances et de santé mentale^{7,9,10}, nous devons comprendre les répercussions variables de la pandémie de COVID-19 selon le genre, afin que des interventions appropriées soient proposées dans ces circonstances³¹.

Dans le contexte de nouvelles données probantes laissant présumer que la consommation d'alcool a augmenté pendant la pandémie, nous avons voulu établir si les changements provoqués par la pandémie de COVID-19 en matière de santé mentale et de bien-être, en particulier la détresse émotionnelle, jouaient un rôle dans l'évolution des habitudes de consommation. Jusqu'à présent, les recherches à ce sujet ont été rares, et aucune étude canadienne n'a été réalisée à l'échelle de la population. Plus précisément, nous avons cherché à : 1) cerner les modifications dans les habitudes de consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 chez les adultes de deux provinces du Canada atlantique, 2) vérifier s'il existe une association entre une consommation d'alcool plus fréquente pendant la pandémie et des ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir et 3) évaluer si le genre a un effet modérateur sur cette relation.

Méthodologie

Source de données

Nous avons tiré les données de cette étude de l'Enquête de 2020 sur la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19, une enquête transversale anonyme menée auprès d'adultes de 19 ans et plus résidant au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, réalisée au nom de l'équipe de recherche par Léger, une société canadienne d'études de marché. Comme la plupart des provinces au Canada, ces deux provinces ont considéré la vente d'alcool comme un service essentiel. L'alcool était demeuré facilement accessible dans les établissements ainsi que par divers moyens mis en place pendant la pandémie (collecte à l'auto, livraison et service à la demande) lorsque l'enquête a

été menée, en novembre et décembre 2020.

Les répondants ont été sélectionnés en deux phases, avec l'objectif d'un quota de 1 000 répondants dans chaque province. Dans la première phase, environ 500 répondants ont été choisis au hasard pour être sondés en ligne à partir d'un panel de plus de 400 000 personnes, représentant les Canadiens ayant accès à Internet, dont certains groupes cibles difficiles à atteindre³². La seconde phase a permis de constituer un échantillon de 1 500 répondants par téléphone et de cibler les répondants des régions qui n'étaient pas représentées ou qui étaient sous-représentées dans l'enquête en ligne de Léger Opinion. La base d'échantillonnage était constituée d'un ensemble de numéros de téléphones fixes et cellulaires fournis par Échantillonneur ASDE, un fournisseur canadien agréé d'échantillons d'enquête. Tous les numéros de téléphone ont été comparés à la liste nationale de numéros de téléphone à exclure établie sur une base volontaire pour les études de marché, et tous les numéros concernés ont été supprimés de l'échantillon avant la répartition aléatoire et la sélection.

L'échantillon a été stratifié afin que toutes les régions du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse soient représentées. Léger a développé une application Apple et Android pour joindre les gens sur leurs appareils mobiles et augmenter le taux de réponse. Le taux de réponse pour la partie téléphonique a été de 10 % et, pour la partie en ligne, de 14 %. Le défaut de réponse correspond à tout ce qui a pu affecter la réalisation de l'enquête, principalement les numéros de téléphone hors service, l'absence de réponse, les refus et les personnes n'ayant pas répondu à l'ensemble de l'enquête. Ces taux correspondent à ceux d'autres enquêtes téléphoniques et en ligne³³⁻³⁶.

Cette étude a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique en recherche des sciences de la santé de l'Université Dalhousie (n° 2020-5258).

Mesures

Mesure des résultats

Le résultat d'intérêt était la modification de la fréquence de consommation d'alcool après l'imposition des mesures visant à contenir la COVID-19 en mars 2020. Les répondants ont été invités à décrire leur

fréquence de consommation d'alcool à deux reprises au cours de l'enquête, en utilisant la même mesure³⁷.

La première évaluation repose sur les réponses à la question « Avant le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, à quelle fréquence consommiez-vous de l'alcool? (Par alcool, nous entendons un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée) ». La seconde évaluation repose sur les réponses à la question « Actuellement, à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool? (Par alcool, nous entendons un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée) ». Les options de réponse aux deux questions étaient : « plusieurs fois par jour », « une fois par jour », « 4 ou 5 fois par semaine », « 2 ou 3 fois par semaine », « une fois par semaine », « 2 ou 3 fois par mois », « une fois par mois », « moins d'une fois par mois » et « jamais ».

En combinant les réponses à ces deux questions, nous avons établi une mesure pour décrire la modification des habitudes de consommation d'alcool selon quatre options : « ne boit pas » (répondants ayant déclaré ne pas boire d'alcool pour les deux questions), « boit moins », « boit à peu près la même quantité » et « boit plus ».

Détresse émotionnelle

Les principales variables d'exposition dans cette étude étaient trois mesures de la détresse émotionnelle, à savoir l'augmentation des ressentis de stress, de solitude et de désespoir depuis le début de la pandémie de COVID-19. Nous avons évalué les augmentations par le biais des réponses à la question « Depuis le début de la pandémie de COVID-19 en mars, avez-vous plus ou moins eu les ressentis suivants? » La fréquence des options de réponse – « beaucoup moins », « un peu moins », « autant », « un peu plus » et « beaucoup plus » – a été enregistrée sur une échelle de Likert à cinq points. Les réponses ont été dichotomisées pour mettre en évidence la présence accrue de chaque état émotionnel (un peu plus ou beaucoup plus) par rapport à une présence équivalente ou moindre. Veuillez noter que notre étude ne porte pas sur des troubles psychiatriques ou psychologiques diagnostiqués mais sur des formes de détresse émotionnelle. Bien que ces réactions soient généralement subcliniques seulement, il est néanmoins important d'étudier leurs répercussions en santé publique³⁸.

Genre

La détermination du genre des répondants repose sur leur réponse à la question « Quelle est votre identité de genre? », les options de réponse étant « homme », « femme » et « personne non binaire ». Le genre a été utilisé comme covariable dans les modèles ajustés et à des fins de stratification. Compte tenu des différences observées selon le genre/sexe en matière de santé émotionnelle et mentale et de comportements touchant la consommation d'alcool³⁹, il est important d'envisager la possibilité d'associations spécifiques au genre entre détresse émotionnelle et fréquence de consommation.

Trois répondants se sont identifiés comme personnes non binaires. Bien que leurs réponses aient été incluses dans toutes les analyses, nous ne les présentons pas à part en raison de la petite taille de cette population.

Autres covariables

Nous avons inclus dans nos analyses des covariables connues pour être associées à la consommation d'alcool. Outre le genre, ces covariables ont été l'origine ethnique (Blanc et non-Blanc), l'âge (variable continue), la langue officielle parlée (français, anglais), le fait de vivre seul (oui, non), le fait d'avoir obtenu un baccalauréat (oui, non), la situation professionnelle (employé à temps plein/partiel, retraité, chômeur/ne peut pas travailler, autre) et la province de résidence (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse).

Nous avons inclus une covariable représentative de la santé mentale globale autoévaluée pour tenir compte de la santé mentale et du bien-être à long terme. Les réponses à la question « En général, comment qualifieriez-vous votre santé émotionnelle/mentale? » allaient de « mauvaise » à « excellente » sur une échelle de Likert standard à cinq points. Cette mesure a été dichotomisée pour mettre en évidence une santé mentale mauvaise/passable par rapport à une santé mentale bonne/très bonne/excellente, comme c'est généralement l'usage dans la littérature⁴⁰.

Analyses

Nous présentons des statistiques descriptives et une estimation des taux de prévalence pour l'échantillon total (voir tableau 1). Des modèles distincts de régression multinomiale non ajustés et ajustés ont servi à estimer les modifications

TABEAU 1
Caractéristiques des répondants à l'enquête, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse (N = 2 000)

Mesures	Fréquence non pondérée (n)	Prévalence pondérée (%)
Mesures sociodémographiques		
Origine ethnique		
Blanc	1 897	92,8
Non-Blanc	103	7,2
Genre		
Homme	884	47,7
Femme	1 113	51,9
Non binaire	3	0,4
Âge moyen (ET), en années	2 000	50,5 (17,2)
Langue officielle parlée		
Français	327	14,5
Anglais	1 673	85,5
Vit seul		
Non	1 554	80,2
Oui	446	19,8
Baccalauréat terminé		
Non	1 350	65,5
Oui	650	34,5
Situation professionnelle		
Employé	948	57,7
Retraité	816	25,9
Chômeur/ne peut pas travailler	105	6,4
Autre	131	9,9
Province de résidence		
Nouveau-Brunswick	1 000	50,0
Nouvelle-Écosse	1 000	50,0
Auto-évaluation de la santé mentale		
Bonne/très bonne/excellente	1 669	76,9
Mauvaise/passable	331	23,1
Mesures psychosociales		
Ressenti accru de stress^a		
Non	1 260	56,5
Oui	740	43,5
Ressenti accru de solitude^a		
Non	1 357	61,6
Oui	643	38,4
Ressenti accru de désespoir^a		
Non	1 630	74,4
Oui	370	25,3
Modification de la fréquence de consommation d'alcool^a		
Ne boit pas	532	23,1
Boit moins maintenant	279	14,8
Boit autant	992	49,9
Boit davantage maintenant	197	12,2

Source : Enquête de 2020 sur la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19.

Abréviation : ET, écart-type.

^a Depuis le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020.

de fréquence de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19 en fonction de l'augmentation des ressentis de stress, de solitude et de désespoir. Tous les modèles ont été répétés, stratifiés selon l'identité de genre et ajustés pour les autres covariables. Toutes les analyses intègrent des pondérations analytiques pour tenir compte de la conception de l'étude et du défaut de réponse des participants, de façon à être représentatives du genre, de l'âge et des profils régionaux des adultes de chacune des deux provinces. Nous avons évalué la multicollinéarité de nos mesures à l'aide de facteurs d'inflation de la variance (FIV) et les résultats se situaient dans les limites normales. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de STATA version 16.1 (StataCorp LP, College Station, Texas, États-Unis).

Afin de recueillir des données pour les analyses de sensibilité, une question spécifique sur la consommation d'alcool a été posée aux répondants : « Au début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, comment décririez-vous votre consommation d'alcool? » Les options de réponse étaient « Je buvais plus souvent », « Je consommait un plus grand nombre de verres lorsque je buvais », « Je buvais à la fois plus fréquemment et en plus grande quantité », « Je buvais moins fréquemment et/ou moins de verres », « Ma consommation d'alcool était à peu près la même qu'avant la COVID-19 » et « Je ne bois pas d'alcool ». Les options de réponse ont été combinées pour mesurer une consommation d'alcool plus fréquente/en plus grande quantité, une consommation d'alcool identique, une consommation d'alcool moins fréquente/en moins grande quantité et l'absence de consommation d'alcool.

Résultats

Analyses descriptives

Sur les 2 000 participants inclus dans l'analyse, 51,9 % ont déclaré être des femmes, avec un âge médian (écart-type [ET]) des participants de 50,5 (17,2) ans (voir tableau 1). La plupart des répondants étaient Blancs (92,8 %), parlaient anglais (85,5 %) et vivaient avec d'autres personnes (80,2 %). Un peu plus d'un tiers étaient titulaires un baccalauréat (34,5 %). Plus de la moitié avaient un emploi à temps plein ou à temps partiel (57,7 %), 26 % étaient retraités et 6,4 % au

chômage. Plus des trois quarts des répondants ont qualifié leur santé mentale et leur bien-être d'excellents (76,9 %) et la même proportion (76,9 %) a déclaré consommer de l'alcool.

Un huitième des répondants (12,2 %) ont déclaré avoir commencé à boire de l'alcool plus fréquemment depuis mars 2020, 49,9 % ont déclaré en boire à peu près autant, 14,8 % ont déclaré en boire moins et 23,1 % ont déclaré ne pas boire d'alcool. En ce qui concerne la détresse émotionnelle, depuis le début de la pandémie de COVID-19, environ 43,5 % des répondants ont déclaré ressentir un niveau accru de stress, 38,4 % un sentiment accru de solitude et 25,3 % un sentiment accru de désespoir.

En ce qui concerne les covariables socio-démographiques et psychosociales, les femmes, les répondants n'ayant pas de baccalauréat et les retraités étaient plus susceptibles de ne pas boire d'alcool (voir tableau 2). Les répondants ayant déclaré boire de l'alcool plus fréquemment depuis le début de la pandémie de COVID-19 étaient, en moyenne, plus jeunes et plus nombreux à faire état d'une santé mentale passable ou mauvaise et de degrés élevés de stress, de solitude et de désespoir.

D'avantage d'hommes que de femmes ayant répondu à l'enquête ont dit consommer de l'alcool, tandis que les femmes ont été proportionnellement plus nombreuses à faire état de ressentis de stress et de désespoir depuis le début de la pandémie de COVID-19 (voir tableau 3).

Résultats de la régression des effets principaux

En ce qui concerne la modification de la fréquence de consommation d'alcool, les estimations ajustées issues des modèles de régression multinomiale montrent une association entre l'augmentation des ressentis de stress (rapport de cotes [RC] = 1,99, IC à 95 % : 1,35 à 2,93), de solitude (1,79; 1,22 à 2,61) et de désespoir (1,98; 1,21 à 3,23) depuis le début de la pandémie de COVID-19 et l'augmentation de la fréquence de consommation d'alcool (voir tableau 4).

Résultats de la régression stratifiée

Dans les modèles de régression logistique multinomiale non ajustés, des ressentis

accrus de stress, de solitude et de désespoir ont été associés à une consommation d'alcool plus fréquente, tant chez les hommes que chez les femmes. Cependant, après ajustement en fonction de l'origine ethnique, de l'âge, de la langue officielle parlée, du statut familial (vivant seul ou non), de la scolarité, de la situation professionnelle, de la province de résidence et de la santé mentale autoévaluée, ces associations ne subsistaient que pour les hommes (voir tableau 5).

L'augmentation des ressentis de stress (RC = 2,77; IC à 95 % : 1,53 à 5,00), de solitude (RC = 2,19; IC à 95 % : 1,22 à 3,95) et de désespoir (RC = 2,14; IC à 95 % : 1,01 à 4,53) a été associée à une consommation d'alcool plus fréquente depuis le début de la pandémie de COVID-19. Cependant, dans chaque modèle, les intervalles de confiance des répondants masculins et féminins se chevauchent, ce qui indique l'absence d'effet modérateur attribuable au genre. Nous avons également évalué l'interaction entre le genre et chaque mesure de la détresse émotionnelle dans nos modèles d'effets principaux concernant les modifications dans la fréquence de consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19. Tous les termes d'interaction avec le genre se sont révélés non significatifs, ce qui est conforme aux résultats de nos modèles stratifiés.

Analyses de sensibilité

Nous avons analysé à nouveau les modèles d'effets principaux sur la base des réponses fusionnées à la question sur la consommation d'alcool « Au début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, comment décririez-vous votre consommation d'alcool? ». Les modèles ajustés ont fait état d'associations similaires entre les ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir et l'augmentation de la consommation d'alcool pendant la pandémie, quoique les estimations de l'ampleur de l'effet aient été réduites (données disponibles sur demande auprès des auteurs). Pour confirmer les effets temporels de l'association entre les variations de la détresse émotionnelle et les modifications de la fréquence de consommation d'alcool en raison de la pandémie de COVID-19, nous avons évalué l'association entre des ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir et la consommation excessive soutenue d'alcool (répondants ayant déclaré boire des quantités élevées similaires

au fil du temps, soit à une fréquence allant de 4 jours par semaine à tous les jours/plusieurs fois par jour). Pour les trois mesures, le stress ($p = 0,69$), la solitude ($p = 0,097$) et le désespoir ($p = 0,14$), il n'y avait pas d'association entre une augmentation de ces ressentis et la consommation excessive soutenue d'alcool. Cette observation vient étayer la conclusion selon laquelle la détresse émotionnelle liée à la pandémie est susceptible d'être associée à des modifications de fréquence de la consommation d'alcool.

Analyse

Cette étude révèle des associations importantes entre le comportement en matière de consommation d'alcool et la détresse émotionnelle pendant la pandémie de COVID-19. Des proportions similaires d'adultes ont déclaré boire de l'alcool plus fréquemment (12,2 %) et boire de l'alcool moins fréquemment (14,8 %) depuis le début de la pandémie. Des tendances contraires similaires ont été observées dans d'autres études récentes^{16,22} et témoignent de la manière originale dont la pandémie de COVID-19 influe sur la consommation d'alcool. Rehm et ses collègues¹² affirment que le fardeau que représente la pandémie incite certaines personnes à s'automédiquer avec de l'alcool, tandis que d'autres personnes réduisent leur consommation en raison des restrictions relatives à l'alcool et à son accessibilité dans le contexte de la pandémie. Il nous semble pertinent de chercher à préciser les raisons pour lesquelles certaines personnes ont augmenté leur fréquence de consommation pendant la pandémie^{15,25}.

Nous avons constaté que les répondants ayant fait état de ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir depuis le début de la pandémie de COVID-19 étaient plus susceptibles de faire état d'une fréquence accrue de consommation d'alcool pendant cette période. Sachant qu'une détresse accrue est une réaction courante à l'incertitude résultant des catastrophes et des crises de santé publique^{38,40-42}, on peut supposer que certaines personnes ont adopté la consommation d'alcool comme stratégie d'adaptation mésadaptée¹¹. Les raisons sous-jacentes invoquées sont généralement l'incertitude quant à l'emploi, la pression financière, les perturbations de la vie quotidienne et les préoccupations concernant la santé des proches^{41,42}. Au-delà de la menace directe pour la santé qu'elle représente, la

TABEAU 2
Modification de la fréquence de consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19 en fonction des covariables
sociodémographiques et psychosociales, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse (N = 2 000)

Mesures	Prévalence pondérée (IC à 95 %)			
	Ne boit pas d'alcool (n = 532) (n = 461, pondéré)	Boit moins d'alcool maintenant (n = 279) (n = 296, pondéré)	Boit autant d'alcool (n = 992) (n = 998, pondéré)	Boit davantage d'alcool maintenant (n = 197) (n = 244, pondéré)
Origine ethnique				
Blanc	93,5 (89,9 à 95,8)	92,6 (87,1 à 95,9)	94,0 (91,6 à 95,8)	86,8 (79,0 à 92,0)
Non-Blanc	6,5 (4,2 à 10,1)	7,4 (4,1 à 12,9)	6,0 (4,2 à 8,4)	13,2 (8,0 à 21,0)
Genre				
Homme	40,2 (35,3 à 45,3)	44,6 (37,7 à 51,7)	51,6 (47,9 à 55,2)	49,6 (41,4 à 57,7)
Femme	59,8 (54,7 à 64,7)	54,4 (47,3 à 61,3)	48,2 (44,6 à 51,9)	49,2 (41,1 à 57,4)
Âge moyen, en années	56,3 (54,2 à 58,4)	47,9 (45,4 à 50,5)	50,19 (48,9 à 51,5)	44,1 (41,6 à 46,5)
Langue officielle parlée				
Français	14,6 (11,7 à 18,1)	17,2 (12,9 à 22,6)	14,5 (12,3 à 17,2)	10,9 (7,2 à 16,0)
Anglais	85,4 (81,9 à 88,3)	82,8 (77,4 à 87,1)	85,5 (82,8 à 87,7)	89,1 (84,0 à 92,8)
Vit seul				
Non	75,0 (70,8 à 78,9)	82,0 (76,2 à 86,6)	81,8 (78,9 à 84,4)	81,0 (73,9 à 86,6)
Oui	25,0 (21,1 à 29,2)	18,0 (13,4 à 23,8)	18,2 (15,6 à 21,1)	19,0 (13,4 à 26,1)
Baccalauréat terminé				
Non	78,0 (73,5 à 82,0)	67,1 (60,2 à 73,3)	60,5 (56,9 à 64,0)	60,2 (52,0 à 68,0)
Oui	22,0 (18,0 à 26,5)	32,9 (26,7 à 39,8)	39,5 (36,0 à 43,1)	39,8 (32,0 à 48,0)
Situation professionnelle				
Employé	45,7 (40,7 à 50,8)	53,6 (46,6 à 60,5)	61,2 (57,7 à 64,5)	71,3 (64,0 à 77,7)
Retraité	36,6 (32,3 à 41,0)	23,3 (19,0 à 28,4)	25,1 (22,6 à 27,7)	12,5 (9,2 à 16,8)
Chômeur/ne peut pas travailler	6,6 (4,4 à 9,8)	6,9 (4,2 à 11,3)	6,4 (4,6 à 8,7)	5,3 (3,0 à 9,2)
Autre	10,4 (7,1 à 15,0)	12,5 (7,8 à 19,6)	6,4 (4,6 à 8,7)	9,3 (5,3 à 15,7)
Province de résidence				
Nouveau-Brunswick	45,9 (41,0 à 50,8)	40,6 (34,2 à 47,3)	46,4 (42,9 à 50,1)	39,9 (32,3 à 48,0)
Nouvelle-Écosse	54,1 (49,2 à 59,0)	59,4 (52,7 à 65,8)	53,6 (49,9 à 57,1)	60,1 (52,0 à 67,7)
Auto-évaluation de la santé mentale				
Bonne/très bonne/excellente	80,8 (76,2 à 84,7)	70,8 (63,1 à 77,4)	80,7 (77,2 à 83,7)	61,3 (52,7 à 69,3)
Mauvaise/passable	19,2 (15,3 à 23,8)	29,2 (22,6 à 36,9)	19,3 (16,3 à 22,8)	38,7 (30,7 à 47,3)
Ressenti accru de stress^a				
Non	67,6 (62,4 à 72,3)	56,4 (49,3 à 63,3)	56,5 (52,8 à 60,1)	33,2 (26,5 à 40,8)
Oui	32,4 (27,7 à 37,6)	43,6 (36,7 à 50,7)	43,5 (39,9 à 47,2)	66,8 (59,2 à 73,5)
Ressenti accru de solitude^a				
Non	70,3 (65,3 à 74,9)	56,7 (49,4 à 63,7)	63,6 (59,9 à 67,2)	42,6 (34,9 à 50,7)
Oui	29,7 (25,1 à 34,7)	43,3 (36,3 à 50,6)	36,4 (32,8 à 40,1)	57,4 (49,3 à 65,1)
Ressenti accru de désespoir^a				
Non	79,4 (74,3 à 83,7)	73,1 (65,9 à 79,3)	77,9 (74,4 à 81,1)	55,1 (46,7 à 63,2)
Oui	20,6 (16,3 à 25,7)	26,9 (20,7 à 34,1)	22,1 (18,9 à 25,6)	44,9 (36,8 à 53,3)

Source : Enquête de 2020 sur la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19.

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^a Depuis le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020.

TABLEAU 3

Augmentation des ressenti de stress, de solitude et de désespoir et modification de la fréquence de consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19, selon le genre, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse (N = 2 000)

Mesures	Prévalence pondérée (IC à 95 %)	
	Hommes (N = 884)	Femmes (N = 1 113)
Ressenti accru de stress		
Non	64,6 (60,6 à 68,4)	48,9 (45,6 à 52,4)
Oui	35,4 (31,6 à 39,4)	51,0 (47,6 à 54,4)
Ressenti accru de solitude		
Non	65,4 (61,4 à 69,3)	58,2 (54,8 à 61,7)
Oui	34,6 (30,8 à 38,6)	41,8 (38,4 à 45,2)
Ressenti accru de désespoir		
Non	79,0 (75,1 à 82,5)	71,2 (67,8 à 74,5)
Oui	21,0 (17,5 à 24,9)	28,8 (25,5 à 32,2)
Modification de la fréquence de consommation d'alcool		
Ne boit pas	19,4 (16,6 à 22,6)	26,6 (23,8 à 29,5)
Boit moins maintenant	13,9 (11,3 à 16,9)	15,5 (13,1 à 18,2)
Boit autant	54,0 (50,1 à 57,9)	46,4 (43,0 à 49,8)
Boit davantage maintenant	12,7 (10,1 à 15,8)	11,6 (9,4 à 14,1)

Source : Enquête de 2020 sur la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19.

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

COVID-19 provoque de nombreuses incertitudes liées à la quarantaine, aux restrictions intermittentes d'accès aux écoles, aux milieux de travail et aux autres lieux publics et au sentiment d'isolement social. Depuis le début de la pandémie, une

grande partie des répondants ont fait état de ressentis accrus de stress (43,5 %), de solitude (38,4 %) et de désespoir (25,3 %), avec des taux significativement plus élevés chez les femmes. La réaction au stress présente des différences bien établies selon

le sexe ou le genre^{43,44}. Or ces différences peuvent être exacerbées par la pandémie du fait que les femmes s'occupent principalement des enfants et qu'elles constituent la plus grande part du personnel de santé de première ligne³¹; en outre, la participation des femmes à la main-d'œuvre a chuté davantage que celle des hommes au cours des premiers mois de la pandémie⁴⁵.

Bien que notre étude ne porte que sur les corrélations et non sur la causalité, nos résultats donnent à penser que certaines personnes peuvent avoir consommé de l'alcool pour faire face à la détresse émotionnelle liée à la pandémie. Les répondants qui ont fait état d'une augmentation des ressentis de stress, de solitude ou de désespoir étaient environ deux fois plus susceptibles de déclarer qu'ils buvaient plus fréquemment depuis le début de la pandémie de COVID-19. Il s'agit là d'une tendance inquiétante, qui mérite d'être étudiée davantage.

Nos conclusions rejoignent celles d'études antérieures sur le rôle de la consommation de substances comme forme d'adaptation ou d'automédication en période de détresse, de manière plus générale, et en réaction à des événements traumatiques aigus ou à des catastrophes^{6,7,11}. Cette constatation touche également à la nature concomitante de la consommation problématique de substances et de la mauvaise santé mentale⁴⁶. Il est intéressant de noter que, malgré les taux élevés de stress, de solitude et de désespoir signalés par les femmes, les analyses stratifiées en fonction du genre ont révélé que les états émotionnels intensifiés étaient significativement associés à une consommation d'alcool plus fréquente chez les hommes, mais pas chez les femmes. Des recherches antérieures ont montré que la réaction à la détresse et les stratégies d'adaptation des hommes et des femmes diffèrent considérablement⁴⁷, les hommes ayant davantage tendance à réagir à la détresse émotionnelle par la consommation de substances⁹. En général, les femmes sont davantage portées à rechercher un soutien social en période de stress, une option limitée par les restrictions liées à la pandémie et l'accès réduit à des stratégies d'adaptation positives^{48,49}. À l'inverse, les hommes ont tendance à complètement ignorer les possibilités d'adaptation ou à externaliser leurs stratégies d'adaptation. Ainsi, l'observation d'une association entre la détresse et l'augmentation de la fréquence de consommation

TABLEAU 4

Modèles de régression logistique multinomiale non ajustés et ajustés concernant la modification de la fréquence de consommation d'alcool et les ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir depuis le début de la pandémie de COVID-19, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse (N = 2 000)

Mesure	Rapport de cotes (IC à 95 %)		
	« Ne boit pas » par rapport à « Boit autant »	« Boit moins » par rapport à « Boit autant »	« Boit davantage » par rapport à « Boit autant »
Ressenti accru de stress			
Non ajusté	0,62** (0,47 à 0,82)	1,00 (0,73 à 1,38)	2,61** (1,83 à 3,71)
Ajusté ^a	0,64** (0,47 à 0,86)	0,78 (0,54 à 1,12)	1,99** (1,35 à 2,93)
Ressenti accru de solitude			
Non ajusté	0,74* (0,56 à 0,97)	1,33 (0,96 à 1,85)	2,35** (1,64 à 3,36)
Ajusté ^a	0,79 (0,58 à 1,08)	1,10 (0,78 à 1,57)	1,79** (1,22 à 2,61)
Ressenti accru de désespoir			
Non ajusté	0,91 (0,65 à 1,29)	1,30 (0,88 à 1,92)	2,87** (1,95 à 4,23)
Ajusté ^a	1,07 (0,71 à 1,60)	0,91 (0,57 à 1,45)	1,98** (1,21 à 3,23)

Source : Enquête de 2020 sur la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19.

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^a Modèles ajustés en fonction de l'origine ethnique, du genre, de l'âge, de la langue officielle parlée, du fait de vivre seul, de la scolarité, de la situation professionnelle, de la province de résidence et de la santé mentale autoévaluée du répondant.

*p < 0,05.

**p < 0,01.

TABLEAU 5

Modèles de régression logistique multinomiale non ajustés et ajustés concernant la modification de la fréquence de consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19 en fonction de l'augmentation des ressentis de stress, de solitude et de désespoir, stratifiés selon le genre

Mesure	Rapport de cotes (IC à 95 %)		
	« Ne boit pas » par rapport à « Boit autant »	« Boit moins » par rapport à « Boit autant »	« Boit davantage » par rapport à « Boit autant »
Ressenti accru de stress			
Non ajusté			
Hommes	0,63 (0,38 à 1,03)	1,05 (0,62 à 1,19)	3,46** (2,03 à 5,90)
Femmes	0,52** (0,37 à 0,73)	0,84 (0,56 à 1,27)	1,91** (1,20 à 3,06)
Ajusté^a			
Hommes	0,71 (0,41 à 1,21)	0,79 (0,44 à 1,42)	2,77** (1,53 à 5,00)
Femmes	0,58** (0,41 à 0,83)	0,72 (0,45 à 1,13)	1,45 (0,90 à 2,35)
Ressenti accru de solitude			
Non ajusté			
Hommes	0,66 (0,40 à 1,09)	1,33 (0,78 à 2,23)	3,05** (1,77 à 5,29)
Femmes	0,73 (0,52 à 1,03)	1,24 (0,81 à 1,89)	1,94** (1,29 à 3,12)
Ajusté^a			
Hommes	0,69 (0,41 à 1,16)	0,98 (0,54 à 1,79)	2,19** (1,22 à 3,95)
Femmes	0,84 (0,58 à 1,23)	1,11 (0,73 à 1,70)	1,61 (0,98 à 2,63)
Ressenti accru de désespoir			
Non ajusté			
Hommes	0,94 (0,49 à 1,81)	1,35 (0,71 à 2,57)	3,26** (1,77 à 6,02)
Femmes	0,81 (0,54 à 1,22)	1,11 (0,68 à 1,83)	2,43** (1,47 à 4,01)
Ajusté^a			
Hommes	1,11 (0,52 à 2,37)	0,85 (0,37 à 1,92)	2,14* (1,01 à 4,53)
Femmes	1,04 (0,66 à 1,65)	0,92 (0,53 à 1,59)	1,79 (0,94 à 3,42)

Source : Enquête de 2020 sur la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19.

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^a Modèles ajustés en fonction de l'origine ethnique, de l'âge, de la langue officielle parlée, du fait de vivre seul, de la scolarité, de la situation d'emploi, de la province de résidence et de la santé mentale autoévaluée du répondant.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 n'est pas surprenante⁵⁰.

Plusieurs études indiquent que le fardeau psychosocial de la pandémie de COVID-19 nécessite une intervention accrue aux niveaux sociétal, local et individuel⁵. Un examen des approches gouvernementales visant à réduire la détresse de la population et à accroître le respect des restrictions liées à la pandémie serait bénéfique⁵¹, compte tenu de nos résultats. La consommation d'alcool motivée par la détresse émotionnelle pourrait diminuer si une attention accrue était accordée au fardeau psychosocial de la pandémie de COVID-19.

Points forts et limites

Tout d'abord, les données de cette étude étaient transversales et nos principales

mesures d'exposition et de résultats se rapportent à des événements mesurés à un seul moment dans le temps. Nous ne pouvons donc pas en déduire un ordre ou un effet causal (par exemple, les personnes qui consomment plus d'alcool pendant la pandémie peuvent ressentir une détresse accrue en conséquence).

Deuxièmement, les réponses provenaient directement des répondants et étaient donc sujettes à des biais de réponse, notamment le biais de désirabilité sociale et le biais de rappel. Ces biais pourraient toucher en particulier les évaluations relatives aux habitudes antérieures de consommation et à l'évolution de la fréquence de consommation, bien que les associations avec la détresse émotionnelle aient été cohérentes lorsque nous avons utilisé l'autre mesure de l'évolution de la

consommation. Dans le même ordre d'idées, la troisième limite de notre étude est le faible taux de réponse, de 10 % à 14 %, qui entraîne probablement un biais de non-réponse. Avec des sociétés d'études de marché, on s'attend à de tels taux de réponse, puisqu'ils incluent toutes les occurrences où un numéro de téléphone ou une demande à un panel aléatoire n'a pas entraîné un questionnaire complété, notamment les numéros de téléphone hors service et ceux d'entreprises et d'organismes, ce qui fait augmenter le taux de non-réponse. En ce qui a trait au biais de non-réponse, certaines catégories de personnes sont logiquement plus susceptibles de répondre à l'enquête (comme les retraités, les personnes travaillant à distance) que d'autres (comme les travailleurs essentiels qui ont peu de chance d'être à la maison pour répondre au téléphone).

Bien que les données aient été pondérées pour être représentatives des profils d'âge, de genre et de répartition régionale de la population adulte de chaque province, il est probable que nos données ne soient pas totalement représentatives. Cependant, on ne relève pas de manière générale dans la littérature d'association entre des taux de réponse faibles et un biais élevé³⁴⁻³⁶. Quatrièmement, nous ne sommes pas en mesure d'examiner si la consommation d'alcool et la détresse émotionnelle varient selon le sexe, car l'ensemble de données ne comprend que l'expression du genre.

Enfin, cette étude ne porte que sur des répondants du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, deux provinces qui s'en sortent relativement bien en ce qui concerne le nombre de cas de COVID-19 et l'étendue et la durée des restrictions imposées en raison de la pandémie. Ces résultats ne sont donc pas généralisables aux autres régions du Canada.

Malgré ces limitations, cette étude enrichit un domaine de recherche important et d'actualité. Nos résultats montrent qu'il est nécessaire de prendre en compte les effets pervers de la pandémie de COVID-19 et des vastes mesures de santé publique qui en découlent. D'après cette expérience portant directement sur la réalité, environ une personne sur dix aurait utilisé l'alcool comme forme d'automédication pendant cette période de bouleversements, ce qui incite à ce que les futurs messages de santé publique incluent des mises en garde contre la consommation d'alcool motivée

par les émotions et contre d'autres comportements de consommation à haut risque.

Conclusion

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions indirectes importantes sur la santé et le bien-être des Canadiens. Les restrictions liées à la pandémie ont affecté la vie quotidienne de nombreuses personnes, influençant leur niveau de détresse et leurs capacités d'adaptation. Ces niveaux accrus de détresse ont touché globalement entre un quart et près de la moitié des répondants, mais ils ont été vécus de manière disproportionnée par les femmes.

Cette étude a révélé que les adultes ayant déclaré avoir des ressentis accrus de stress, de solitude et de désespoir depuis le début de la pandémie ont consommé de l'alcool plus fréquemment qu'avant la pandémie et que la consommation d'alcool a augmenté chez plus d'une personne sur dix. Toutefois, cette association se limite essentiellement aux hommes. Les recherches futures devraient viser à offrir une analyse plus précise des facteurs qui contribuent à l'augmentation de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19, de façon à favoriser la mise en œuvre de stratégies visant une consommation réduite ou moins nocive d'alcool ou visant à atténuer les effets des ressentis de détresse sur la santé des Canadiens. Comprendre comment la pandémie a eu une influence sur la santé mentale et la consommation d'alcool connexe peut éclairer les politiques sur le contrôle de l'alcool et les interventions en santé publique susceptibles de limiter les méfaits de l'alcool.

Remerciements

Cette recherche a été soutenue par une subvention du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse et par une subvention de la Fondation de l'innovation du Nouveau-Brunswick, de la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick et de l'Agence de promotion économique du Canada atlantique, dans le cadre d'une intervention conjointe visant à financer la recherche liée à la COVID-19 (numéro de subvention COV2020-089). Les organismes de financement ne sont pas intervenus dans cette recherche.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

MA, KT et DD ont participé à la conception de l'étude et à l'obtention du financement.

MA et TL ont effectué l'analyse formelle.

MA, KT et KM ont rédigé conjointement la version originale.

DD, KM, SB et TL ont revu le manuscrit.

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

1. McPhee MD, Keough MT, Rundle S, Heath LM, Wardell JD, Hendershot CS. Depression, environmental reward, coping motives and alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2020;11:574676. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.574676>
2. Hamza CA, Ewing L, Heath NL, Goldstein AL. When social isolation is nothing new: a longitudinal study on psychological distress during COVID-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Can Psychol*. 2021;62(1):20-30. <https://doi.org/10.1037/cap0000255>
3. Sun Y, Wu Y, Bonardi O, et al. Comparison of mental health symptoms prior to and during COVID-19: evidence from a living systematic review and meta-analysis. *medRxiv* [Prépublication]. 2021 [consultation le 25 février 2021]. <https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256920>
4. Horesh D, Kapel Lev-Ari R, Hasson-Ohayon I. Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: loneliness, age, gender, and health status play an important role. *Br J Health Psychol*. 2020;25(4):925-933. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12455>
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
6. Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: a narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*. 2018;35(9):851-860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>
7. Kuntsche E, Gbahainn SN, Roberts C, et al. Drinking motives and links to alcohol use in 13 European countries. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;75(3):428-437. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.428>
8. Cooper ML, Kuntshce E, Levitt A, Barber LL, Wolf S. Motivational models of substance use: a review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana, and tobacco. Dans : Sher KJ (dir.). *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders*. 1e éd. Oxford (UK): Oxford University Press; 2016:375-421.
9. Peltier MR, Verplaetse TL, Mineur YS, et al. Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiol Stress*. 2019;10:100149. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100149>
10. Guinle MI, Sinha R. The role of stress, trauma, and negative affect in alcohol misuse and alcohol use disorder in women. *Alcohol Res*. 2020;40(2):05. <https://doi.org/10.35946/arc.v40.2.05>
11. Wardell JD, Kempe T, Rapinda KK, et al. Drinking to cope during COVID-19 pandemic: the role of external and internal factors in coping motive pathways to alcohol use, solitary drinking, and alcohol problems. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020;44(10):2073-2083. <https://doi.org/10.1111/acer.14425>
12. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, et al. Alcohol use in times of the COVID 19: implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev*. 2020;39(4):301-304. <https://doi.org/10.1111/dar.13074>
13. de Goeij MC, Suhrcke M, Toffolutti V, van de Mheen D, Schoenmakers TM, Kunst AE. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med*. 2015;131:131-146. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.025>

14. Alexander AC, Ward KD. Understanding post-disaster substance use and psychological distress using concepts from the self-medication hypothesis and social cognitive theory. *J Psychoactive Drugs*. 2018;50(2):177-186. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1397304>
15. Jacob L, Smith L, Armstrong NC, et al. Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug Alcohol Depend*. 2021;219:108488. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108488>
16. Nanos Research pour le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. 25% of Canadians (aged 35-54) are drinking more while at home due to COVID-19 pandemic; cite lack of regular schedule, stress and boredom as main factors. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf> [<https://www.ccsa.ca/fr/les-canadiens-de-moins-de-54-ans-boivent-davantage-dalcool-depuis-le-debut-du-confinement-du-la>]
17. Rodriguez LM, Litt DM, Stewart SH. Drinking to cope with the pandemic: the unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addict Behav*. 2020;110:106532. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106532>
18. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [modification le 4 janvier 2019; consultation le 25 février 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html>
19. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada : 2015-2017. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-06/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>
20. Zipursky JS, Stall NM, Silverstein WK, et al. Alcohol sales and alcohol-related emergencies during the COVID-19 pandemic. *J Intern Med*. 2021; M20-7466. <https://doi.org/10.7326/m20-7466>
21. Canadian Institute for Substance Use Research. Alcohol consumption in BC during COVID-19 [Internet]. Victoria (C.-B.) : University of Victoria; 2020 [consultation le 25 février 2021]. En ligne à : <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/stats/alcohol/index.php>
22. Rotermann, M. Les Canadiens qui s'estiment en moins bonne santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 sont plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de cannabis, d'alcool et de produits du tabac. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [no 45280001 au catalogue de Statistique Canada]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2020001/article/00008-fra.pdf?st=B5oO34OM>
23. Zajacova A, Jehn A, Stackhouse M, Denice P, Ramos H. Changes in health behaviours during early COVID-19 and socio-demographic disparities: a cross-sectional analysis. *Can J Public Health*. 2020;111(6):953-962. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00434-y>
24. Killgore WD, Cloonan SA, Taylor EC, Lucas DA, Dailey NS. Alcohol dependence during COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Res*. 2021;296:113676. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113676>
25. Chodkiewicz J, Talarowska M, Miniszewska J, Nawrocka N, Bilinski P. Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):E4677. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134677>
26. Callinan S, Mojica-Perez Y, Wright CJ, et al. Purchasing, consumption, demographic and socioeconomic variables associated with shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Rev*. 2021;40(2):183-191. <https://doi.org/10.1111/dar.13200>
27. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(11):964-968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
28. Vigo D, Patten S, Pajer K, et al. Mental health of communities during the COVID-19 pandemic. *Can J Psychiatry*. 2020;65(10):681-687. <https://doi.org/10.1177/0706743720926676>
29. Sharma A, Borah SB. COVID-19 and domestic violence: an indirect path to social and economic crisis. *J Fam Violence*. 2020;2667(20):1-7. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00188-8>
30. Paradis, C. Magasins d'alcool : risques associés à leur ouverture et à leur fermeture pendant la pandémie de COVID-19. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-Risks-Associated-with-Retail-Liquor-Stores-COVID-19-Report-2020-fr.pdf>
31. Spagnolo PA, Manson JAE, Joffe H. Sex and gender differences in health: what the COVID-19 pandemic can teach us. *Ann Intern Med*. 2020;173(5):385-386. <https://doi.org/10.7326/M20-1941>
32. Léger. Léger Opinion | LEO [Internet]. Montréal (Québec) : Léger [consultation le 25 février 2021]. En ligne à : <https://leger360.com/fr/services/legeropinion-leo/>
33. Sinclair M, O'Toole J, Malawaraarachchi M, Leder K. Comparison of response rates and cost-effectiveness for a community-based survey: Postal, internet and telephone modes with generic or personalised recruitment approaches. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12(1):132. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-132>
34. Hendra R, Hill A. Rethinking response rates: new evidence of little relationship between survey response rates and nonresponse bias. *Eval Rev*. 2019;43(5):307-330. <https://doi.org/10.1177/0193841X18807719>

35. Keeter S, Miller C, Kohut A, Groves RM, Presser S. Consequences of reducing nonresponse in a national telephone survey. *Public Opin Q.* 2000;62(2):125-148. <https://doi.org/10.1086/317759>
36. Pew Research Center. Assessing the representativeness of public opinion surveys. Washington (DC): Pew Research Center; 2012 [consultation le 25 février 2021]. En ligne à : <https://www.pewresearch.org/politics/2012/05/15/assessing-the-representativeness-of-public-opinion-surveys/>
37. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Santé et sécurité publique – Usage de substances et COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020 [consultation le 25 février 2021]. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/fr/Usage-de-Substances-et-COVID-19>
38. Esterwood E, Saeed SA. Past epidemics, natural disasters, COVID19, and mental health: learning from history as we deal with the present and prepare for the future. *Psychiatr Q.* 2020; 91(4):1121-1133. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09808-4>
39. Esper LH, Erikson FF. Gender differences and association between psychological stress and alcohol consumption: a systematic review. *J Alcohol Drug Depend.* 2013;1(3). <https://doi.org/10.4172/2329-6488.1000116>
40. Ahmad F, Jhaji AK, Stewart DE, Burghardt M, Bierman AS. Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(398):398. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-398>
41. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J.* 2020; 61(7):350-356. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020046>
42. Hsieh KY, Kao WT, Li DJ, et al. Mental health in biological disasters: from SARS to COVID-19. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;20764020944200. <https://doi.org/10.1177/0020764020944200>
43. Anderson KM, Manuel G. Gender differences in reported stress response to the loma prieta earthquake. *Sex Roles.* 1994;30(9-10):725-733. <https://doi.org/10.1007/BF01544672>
44. Ježová D, Juránková E, Mosnářová A, Kriska M, Skultětyová I. Neuroendocrine response during stress with relation to gender differences. *Acta Neurobiol Exp (Warsz).* 1996;56(3):779-785.
45. Statistique Canada. Les faits, tout simplement! : Journée internationale des femmes de 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 26 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-28-0001/2018001/article/00020-fra.htm>
46. Capasso A, Jones AM, Ali SH, Foreman J, Tozan Y, DiClemente RJ. Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: the effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the U.S. *Prev Med.* 2021;145:106422. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106422>
47. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ Dif.* 2004;37(7):1401-1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
48. Ptacek JT, Smith RE, Dodge K. Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisals do not differ. *Personal Soc Psychol Bull.* 1994;20(4):421-430. <https://doi.org/10.1177/0146167294204009>
49. Meléndez JC, Mayordomo T, Sancho P, Tomás JM. Coping strategies: gender differences and development throughout life span. *Span J Psychol.* 2012; 15(3):1089-1098. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39399
50. Park CL, Levenson MR. Drinking to cope among college students: prevalence, problems and coping processes. *J Stud Alcohol.* 2002;63(4):486-497. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.486>
51. Lieberoth A, Lin S-Y, Stöckli S, et al.; COVIDiSTRESS global survey consortium. Stress and worry in the 2020 coronavirus pandemic: relationships to trust and compliance with preventive measures across 48 countries in the COVIDiSTRESS global survey. *R Soc Open Sci.* 2021;8:200589. <https://doi.org/10.1098/rsos.200589>

Éditorial

Consommation d'alcool pendant la grossesse et trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale au Canada : qui, quoi, où?

Jocelynn L. Cook, Ph. D. (1,2,3)

 Diffuser cet article sur Twitter

Comprendre le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

La prévalence estimée du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) au Canada est supérieure à celles de l'autisme, de la paralysie cérébrale et de la trisomie 21 combinées. Le coût supplémentaire par cas de TSAF tout au long de la vie d'une personne est estimé à 1,1 million de dollars¹.

Le TSAF est une incapacité permanente qui touche le cerveau et le corps des personnes exposées à l'alcool avant leur naissance. Souvent, ces personnes rencontrent des défis dans leur vie quotidienne et ont besoin d'un soutien sur le plan des habiletés motrices, de la santé physique, de l'apprentissage, de la mémoire, de la régulation des émotions et des habiletés sociales^{2,3}. Selon des données récentes, le TSAF est associé à des maladies chroniques, à des troubles de santé mentale et à des expériences sociales négatives^{4,5}. Lorsqu'elles ne reçoivent pas de diagnostic ni de soutien, les personnes atteintes de TSAF présentent des taux accrus de consommation problématique de substances, de problèmes de santé mentale, de démêlés avec la justice pénale, de prise en charge par les services de protection de l'enfance, de mauvais traitements psychologiques et physiques, de traumatismes et d'instabilité en matière de logement⁶.

Le TSAF découle de l'interaction entre plusieurs facteurs de risque et de vulnérabilité. Alors que toutes les populations qui consomment de l'alcool présentent un risque de TSAF, nous ne connaissons pas

la fréquence de consommation d'alcool pendant la grossesse au Canada ni la prévalence du TSAF.

Consommation d'alcool pendant la grossesse

Le fait que l'alcool soit une substance tératogène neurocomportementale n'est ni controversé ni discutable. Pourtant, malgré des années de messages publics sur les méfaits de l'alcool pendant la grossesse et des millions de dollars consacrés aux campagnes de prévention, le nombre de femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse n'a pas diminué⁷.

Que se passe-t-il exactement?

Nous savons que la vie des femmes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse est complexe. Nous savons que ces femmes consomment de l'alcool pour différentes raisons, que les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle important⁸ et que la stigmatisation a une incidence sur le signalement de la consommation d'alcool et l'accès aux interventions⁹. Par ailleurs, les femmes ne savent parfois pas qu'elles sont enceintes.

Il est à noter que, d'après la plus récente directive clinique sur le dépistage et les conseils en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse, publiée en septembre 2020 par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada¹⁰, toutes les femmes enceintes devraient être interrogées sur leur consommation d'alcool. Si des habitudes de consommation sont établies, l'information doit être consignée

dans le dossier médical du nourrisson après l'accouchement. Ces recommandations visent à ce que le dépistage et les conversations sur la consommation d'alcool soient intégrés dans les pratiques courantes et à ce que l'exposition soit notée dans les dossiers de la mère et de l'enfant. Les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle essentiel dans la saisie de ces données et leur intégration dans les systèmes de données provinciaux et dans la normalisation des questions sur la consommation d'alcool et la création d'un environnement propice à des discussions fructueuses avec les patientes ou clientes.

Surveillance

Il existe peu de données de surveillance concernant l'alcool et la grossesse au Canada. Quelques rapports ont été publiés, et de nombreuses personnes ont travaillé d'arrache-pied en vue de recueillir des données courantes complètes sur l'alcool et la grossesse, au moyen d'approches rétrospectives et prospectives, au fil du temps et dans différentes administrations. Certaines enquêtes nationales ont fourni un aperçu de la consommation, dont l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (aujourd'hui abandonnée) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (toujours active). Ces sources de données nous renseignent sur la quantité d'alcool que la personne déclare avoir consommée, mais nous ne disposons pas de données sur les raisons et les contextes de consommation, les difficultés ou obstacles qui freinent l'accès au soutien et aux services, les habitudes de consommation et le moment de la

Rattachement de l'auteur :

1. Directrice des affaires scientifiques, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Responsable de la base de données nationale, Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network (CanFASD), Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Professeure associée, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Jocelynn L. Cook, Directrice des affaires scientifiques, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2781, chemin Lancaster, Ottawa (Ontario) K1B 1A7; courriel : jcook@sogc.com

consommation pendant la grossesse. Les renseignements disponibles sont fondés sur des données autodéclarées dont les valeurs sont trop faibles, dans bien des cas, pour servir à l'établissement de conclusions générales.

Les bases de données et les registres provinciaux renferment parfois des informations sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, mais ils dépendent des renseignements saisis dans la source de données (c.-à-d. les dossiers des patients). Bien que cette approche permette de recueillir l'essentiel des données sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, des détails sont souvent omis et les jeux de données ont tendance à être incomplets. La consommation d'alcool est presque exclusivement autodéclarée et, si l'on considère les répercussions complexes de la stigmatisation et l'absence de dépistage systématique de la consommation d'alcool pendant la grossesse dans les formulaires prénataux, les données paraissent généralement peu fiables. On a tenté par le passé d'établir un dossier périnatal normalisé à l'échelle nationale, avec des données sur l'exposition prénatale, mais le projet semble au point mort.

De plus, le Canada ne dispose d'aucun ensemble d'indicateurs, et des données n'y sont pas recueillies de façon systématique et courante en ce qui a trait à la prévalence du TSAF. Encore une fois, le milieu de la recherche a fait un excellent travail en vue de recueillir des données sur la prévalence à partir de diverses études menées auprès de différentes populations au Canada. Nous avons des rapports provenant des communautés rurales¹¹, des écoles urbaines¹², des systèmes de protection de l'enfance¹³ et des systèmes de justice¹⁴. En 2019, l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes a tenté de recueillir des données sur le TSAF¹⁵. Ces études dépendent des résultats d'une évaluation diagnostique du TSAF, or l'accès des Canadiens aux services de diagnostic est nettement insuffisant pour répondre à la demande¹⁶. Il s'agit d'une lacune cruciale : si l'exposition prénatale à l'alcool n'est pas établie de façon précoce et saisie dans nos systèmes de données, nous perdons la possibilité d'entreprendre une surveillance précoce et d'offrir des conseils d'ordre préventif axés sur le soutien et les services. L'occasion de contribuer à l'atteinte du plein potentiel est ainsi manquée de façon tragique.

La saisie de données fiables dans les systèmes de données provinciaux sur l'exposition prénatale ou sur les habitudes de consommation et les quantités d'alcool consommées contribuerait grandement à l'étude de la prévalence, des tendances démographiques et régionales ainsi que des troubles concomitants. Nous pourrions alors repérer les périodes pendant lesquelles la consommation d'alcool et les troubles concomitants semblent en évolution – la pandémie de COVID-19 durant la dernière année en est un parfait exemple – afin de prévoir les adaptations à apporter aux programmes de prévention et de soutien. Ce type de données nous aiderait également à mieux comprendre l'efficacité des mesures de prévention et de réduction des méfaits en temps réel, ou du moins beaucoup plus rapidement que les années actuellement nécessaires pour produire des rapports sur les enquêtes nationales.

Base de données nationale sur le TSAF

La base de données nationale sur le TSAF est un autre projet national mis en œuvre pour recueillir des renseignements détaillés sur le TSAF, les facteurs de risque et l'évolution des patients. De 2010 à 2020, l'Agence de la santé publique du Canada a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre de la base de données nationale sur le TSAF. NeuroDevNet et Kids Brain Health y ont contribué de 2013 à 2019. Le réseau CanFASD est maintenant le seul bailleur de fonds. La base de données vise à recueillir des renseignements sur le TSAF et sa prévalence dans toutes les cliniques de diagnostic du Canada.

À l'heure actuelle, nous disposons de plus de 3 500 dossiers. Ceux-ci nous renseignent sur le contexte dans lequel les individus ont été exposés à l'alcool avant leur naissance, sur leur santé et sur leurs comportements. Ils nous permettent aussi de cerner les défis à surmonter afin que nous envisagions autrement la prévention du TSAF et le soutien aux femmes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse.

Malgré la capacité diagnostique limitée du Canada, nous pouvons déterminer, avec la pleine participation des cliniques à l'échelle du pays, la prévalence du TSAF au moyen d'un système comme celui de cette base de données nationale.

Résumé et recommandation concernant le financement et le soutien

La consommation d'alcool pendant la grossesse et le TSAF sont complexes, et nous devons comprendre l'ampleur du problème, de même que les situations connexes. Les systèmes de données provinciaux sont prêts à recueillir des données sur la consommation d'alcool, en particulier pendant la grossesse, ainsi que sur les habitudes de consommation et les quantités consommées. Il est essentiel que des questions sur ce sujet soient intégrées à la pratique courante des fournisseurs de soins de santé. La normalisation des formulaires périnataux serait également utile.

Le Canada a fait beaucoup de chemin et, à bien des égards, nous faisons partie des chefs de file dans le domaine de la recherche sur le TSAF. Cependant, en raison de notre système de santé fragmenté, les données recueillies présentent des disparités entre administrations et des obstacles freinent l'échange des données, ce qui rend difficile la production de rapports nationaux sur la consommation d'alcool pendant la grossesse et sur la prévalence du TSAF. Le perfectionnement de la base de données nationale sur le TSAF dans le cadre de l'infrastructure pancanadienne de surveillance, avec l'adhésion et la participation de toutes les administrations, rendrait possible une saisie efficace des données nationales et permettrait d'en rendre compte avec exactitude.

Références

1. Thanh NX, Jonsson E. Costs of fetal alcohol spectrum disorder in the Canadian criminal justice system. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2015; 22(1):e125-131.
2. McLachlan K, Flannigan K, Temple V, Unsworth K, Cook JL. Difficulties in daily living experienced by adolescents, transition-aged youth, and adults with fetal alcohol spectrum disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020;44(8): 1609-1624. <https://doi.org/10.1111/acer.14385>
3. Skorka K, McBryde C, Copley J, Meredith PJ, Reid N. Experiences of children with fetal alcohol spectrum disorder and their families: a critical review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020; 44(6):1175-1188. <https://doi.org/10.1111/acer.14335>

4. Lebel CA, Gibbard WB, Tortorelli C, et al. Prenatal Exposure And Child brain and mental Health (PEACH) study: protocol for a cohort study of children and youth with prenatal alcohol exposure. *BMJ Open*. 2021; 11(5):e051660. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051660>
5. Flannigan K, Kapasi A, Pei J, Murdoch I, Andrew G, Rasmussen C. Characterizing adverse childhood experiences among children and adolescents with prenatal alcohol exposure and fetal alcohol spectrum disorder. *Child Abuse Negl*. 2021;112:104888. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104888>
6. Popova S, Temple V, Dozet D, O'Hanlon G, Toews C, Rehm J. Health, social and legal outcomes of individuals with diagnosed or at risk for fetal alcohol spectrum disorder: Canadian example. *Drug Alcohol Depend*. 2021; 219:108487. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108487>
7. Burd L. Drinking at the end of pregnancy: why don't we see it? *Pediatr Res*. 2020;88(2):142. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0846-1>
8. Terplan M. Alcohol-exposed pregnancy outcomes explained by social determinants of health. *BJOG*. 2015;122(13): 1739. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13216>
9. Escañuela Sánchez T, Matvienko-Sikar K, Linehan L, O'Donoghue K, Byrne M, Meaney S. Facilitators and barriers to substance-free pregnancies in high-income countries: a meta-synthesis of qualitative research. *Women Birth*. 2021:S1871-5192(21)00076-7. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.010>
10. Graves L, Carson G, Poole N, et al. Directive clinique no 405 : Dépistage et conseils en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2020;42(9):1158-1173.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.07.005>
11. Robinson GC, Conry JL, Conry RF. Clinical profile and prevalence of fetal alcohol syndrome in an isolated community in British Columbia. *CMAJ*. 1987;137(3):203-207.
12. Popova S, Lange S, Poznyak V, et al. Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. *BMC Public Health*. 2019;19(1):845. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7213-3>
13. Popova S, Lange S, Burd L, Rehm J. Canadian children and youth in care: the cost of fetal alcohol spectrum disorder. *Child Youth Care Forum*. 2014;43(1):83-96. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9226-x>
14. McLachlan K, McNeil A, Pei J, Brain U, Andrew G, Oberlander TF. Prevalence and characteristics of adults with fetal alcohol spectrum disorder in corrections: a Canadian case ascertainment study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6292-x>
15. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [modification le 11 février 2019; consultation le 17 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5233
16. Clarren SK, Lutke J, Sherbuck M. The Canadian guidelines and the interdisciplinary clinical capacity of Canada to diagnose fetal alcohol spectrum disorder. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2011;18(3):e494-499.

Aperçu

Fréquence de la consommation d'alcool chez les Canadiennes en âge de procréer

Mélanie Varin, M. Sc. (1); Elia Palladino, M. Sc. (1,2); Kate Hill MacEachern, Ph. D. (1); Lisa Belzak, M. Sc. S. (1); Melissa M. Baker, Ph. D. (1)

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. La publication de données sur la consommation d'alcool chez les Canadiennes en âge de procréer comble une lacune importante en matière de données probantes.

Méthodologie. Nous avons analysé, à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019, les taux de consommation hebdomadaire et de consommation excessive d'alcool chez les femmes de 15 à 54 ans en fonction de caractéristiques sociodémographiques, de la province de résidence et de la consommation simultanée d'autres substances.

Résultats. Parmi la population cible, 30,5 % des femmes interrogées ont fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool et 18,3 % d'une consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois. Les proportions variaient en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la province et de la consommation de substances. Les différences les plus notables et les plus significatives étaient liées à la consommation de cannabis et au tabagisme.

Conclusion. Ces renseignements peuvent aider les prestataires de soins de santé à évaluer la consommation d'alcool et à promouvoir une consommation d'alcool à faible risque afin de prévenir l'exposition à l'alcool durant la grossesse.

Mots-clés : consommation de substances, polyconsommation, femmes en âge de procréer, Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

Points saillants

- En 2019, 30,5 % des femmes en âge de procréer ont fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool.
- En 2019, 18,3 % des femmes en âge de procréer ont fait état d'une consommation d'alcool excessive, supérieure aux directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.
- Ces proportions varient selon les caractéristiques sociodémographiques, la province de résidence, le tabagisme et la consommation de cannabis.
- Les taux estimés de consommation hebdomadaire ou excessive d'alcool étaient entre deux et trois fois plus élevés chez les femmes ayant déclaré être fumeuses, ex-fumeuses ou fumeuses à titre expérimental ou ayant fait état d'une consommation de cannabis au cours de l'année écoulée.

Introduction

L'alcool est largement consommé au Canada, plus de 75 % de la population de 15 ans ou plus ayant déclaré en avoir consommé dans l'année¹. De nombreuses conséquences négatives sont associées à la consommation d'alcool, communément appelées les méfaits de l'alcool. Il s'agit, entre autres, de blessures physiques², d'effets néfastes sur la santé physique et mentale^{2,3}, de cancers⁴, de cirrhoses du foie⁵ et même de décès^{2,6,7}.

Les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* ont été publiées

en 2011 afin de réduire les méfaits de l'alcool grâce à une meilleure sensibilisation de la population⁸. Ces directives décrivent les pratiques exemplaires qui se rapportent à la consommation sécuritaire d'alcool, en particulier la recommandation de s'abstenir de consommer de l'alcool pour les femmes qui planifient une grossesse ou qui sont enceintes⁸. Les stratégies de réduction des méfaits aident les cliniciens et les professionnels de la santé publique à promouvoir une consommation d'alcool à faible risque dans les catégories de population qui gagneraient à mieux connaître les risques pour la santé associés à la consommation d'alcool. De

telles stratégies sont particulièrement importantes pour les femmes en âge de procréer, étant donné qu'elles peuvent tomber enceintes, que ce soit de façon planifiée ou non, pendant cette période de leur vie et que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut avoir des répercussions importantes sur le fœtus. En 2017, 4,2 % des Canadiennes ayant accouché au cours des 5 années précédentes avaient déclaré avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse⁹.

Dans cette étude, 1) nous rendons compte des taux de consommation hebdomadaire

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Mélanie Varin, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; courriel : melanie.varin@canada.ca.

et de consommation excessive d'alcool chez les femmes de 15 à 54 ans au Canada et 2) nous analysons la consommation d'alcool dans cette population en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la province de résidence, du tabagisme et de la consommation de cannabis. Étant donné qu'à notre connaissance, il n'existe pas d'estimations nationales antérieures ou actuelles de la consommation d'alcool des femmes en âge de procréer, nous cherchons à combler cette lacune.

Méthodologie

À l'aide des données du cycle annuel de 2019 (janvier à décembre) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), nous avons évalué deux comportements de consommation d'alcool au sein de la population du Canada pour les répondantes s'étant déclarées de sexe féminin et âgées de 15 à 54 ans : la consommation hebdomadaire d'alcool et la consommation excessive d'alcool. L'ESCC est une enquête nationale transversale menée par Statistique Canada qui fournit de l'information sur la santé. L'ESCC de 2019 excluait les femmes vivant dans les territoires, dans les réserves des Premières Nations ou dans d'autres établissements autochtones des provinces, ainsi que les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes vivant en établissement.

De plus amples détails sur la conception et le cadre d'échantillonnage de l'ESCC sont accessibles sur le site Internet de Statistique Canada¹.

Consommation hebdomadaire d'alcool

On a demandé aux répondantes : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées? ». Les options de réponse étaient : « moins d'une fois par mois », « une fois par mois », « 2 à 3 fois par mois », « une fois par semaine », « 2 à 3 fois par semaine », « 4 à 6 fois par semaine » et « tous les jours ». On a défini la consommation hebdomadaire d'alcool comme correspondant aux réponses « une fois par semaine », « 2 à 3 fois par semaine », « 4 à 6 fois par semaine » et « tous les jours ». Nous avons exclu de l'analyse les femmes en âge de procréer auxquelles le code « ne sait pas », « refus » ou « non déclaré » avait été attribué (n = 72).

Consommation excessive d'alcool

On a demandé aux répondantes : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu quatre verres d'alcool ou plus à une même occasion? ». Les options de réponse étaient : « jamais », « moins d'une fois par mois », « une fois par mois », « 2 à 3 fois par mois », « une fois par semaine » et « plus d'une fois par semaine ». On a défini la consommation excessive d'alcool comme correspondant aux réponses « une fois par mois », « 2 à 3 fois par mois », « une fois par semaine » et « plus d'une fois par semaine »¹⁰. Nous avons exclu de l'analyse les femmes en âge de procréer auxquelles le code « ne sait pas », « refus » ou « non déclaré » avait été attribué (n = 108).

Nous avons estimé les taux pondérés de consommation hebdomadaire et de consommation excessive d'alcool dans la population cible, avec des intervalles de confiance à 95 %. Nous avons utilisé comme numérateur le nombre total de femmes en âge de procréer ayant fait état d'une consommation hebdomadaire ou excessive d'alcool et comme dénominateur le nombre total de femmes en âge de procréer ayant répondu à la question.

Nous avons ventilé les estimations par groupe d'âge, quintile de revenu du ménage, province de résidence, état matrimonial, résidence en milieu urbain ou rural, statut d'immigrante, emploi au cours des 12 derniers mois, statut d'étudiante, consommation de cannabis et tabagisme au cours des 12 derniers mois. Les taux estimés pondérés ont été calculés à l'aide des poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada. La variance a été estimée par la méthode *bootstrap*, et la version 7.1 du logiciel SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis) a été utilisée pour les analyses statistiques. Nous avons établi la signification statistique d'après le chevauchement des intervalles de confiance.

Résultats

Dans l'ensemble, 30,5 % des femmes en âge de procréer ont déclaré avoir consommé de l'alcool sur une base hebdomadaire au cours de l'année écoulée, et 18,3 % ont déclaré avoir une consommation excessive d'alcool. Les valeurs estimées varient lorsque les données sont désagrégées (tableau 1). Les différences

statistiquement significatives sont détaillées dans les sections suivantes.

Consommation hebdomadaire d'alcool

Les taux de consommation hebdomadaire d'alcool (« consommation régulière ») augmentaient avec l'âge (de 7,1 % à 35,6 %) et le revenu (de 19,8 % à 41,2 %). La plus forte prévalence de consommation hebdomadaire d'alcool dans la population cible était au Québec (41,0 %) et la plus faible (20,0 %) au Nouveau-Brunswick. Parmi les femmes en âge de procréer ayant fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool, il y en avait davantage qui étaient mariées ou en union libre (33,7 %) que veuves, séparées, divorcées, célibataires ou jamais mariées (26,3 %).

Les non-immigrantes (37,6 %) et les non-étudiantes (33,4 %) affichaient des taux de consommation hebdomadaire d'alcool plus élevés que les immigrantes (13,6 %) et les étudiantes (19,1 %). Parmi les femmes en âge de procréer ayant fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool, le pourcentage de celles qui avaient occupé un emploi ou travaillé dans une entreprise au cours de l'année écoulée (33,9 %) était plus élevé que le pourcentage de celles n'ayant pas occupé d'emploi ni travaillé dans une entreprise (13,9 %).

La consommation hebdomadaire d'alcool était environ deux fois plus fréquente chez les fumeuses (40,3 %), les ex-fumeuses (47,0 %) et les fumeuses à titre expérimental (43,2 %) que chez les abstinentes à vie (21,6 %). Les femmes en âge de procréer ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ont fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool presque deux fois supérieure à celle des femmes n'ayant pas consommé de cannabis au cours des 12 derniers mois (46,0 % contre 26,3 %).

Consommation excessive d'alcool

Les femmes âgées de 20 à 29 ans étaient celles qui présentaient le plus haut taux de consommation excessive d'alcool (25,2 %). Les taux de consommation excessive d'alcool augmentaient avec le revenu, se situant entre 15,4 % et 23,7 % selon le quintile de revenu. La consommation excessive d'alcool chez les femmes en âge de procréer atteignait sa valeur maximale à Terre-Neuve-et-Labrador (26,6 %) et sa valeur minimale au Nouveau-Brunswick (14,6 %). Parmi les femmes en âge de

TABLEAU 1

Taux estimés de consommation hebdomadaire et de consommation excessive d'alcool au cours de la dernière année chez les femmes en âge de procréer, selon des caractéristiques sociodémographiques et autres, Canada et par province, 2019

Variables	Taux (IC à 95 %)		
	Proportion dans l'échantillon (%)	Proportion ayant fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool (%)	Proportion ayant fait état d'une consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois (%)
Groupe d'âge (ans)			
15 à 19	9,8 (9,1 à 10,6)	7,1 (5,1 à 9,0)	10,6 (8,1 à 13,1)
20 à 29	23,9 (22,9 à 24,9)	29,8 (27,1 à 32,5)	25,2 (22,8 à 27,7)
30 à 39	27,8 (26,7 à 29,0)	32,4 (30,1 à 34,6)	16,7 (15,0 à 18,4)
40 à 54	38,5 (37,6 à 39,3)	35,6 (33,6 à 37,5)	17,2 (15,7 à 18,7)
Revenus			
Q1 (revenu le plus faible)	21,8 (20,7 à 23,0)	19,8 (17,3 à 22,3)	15,4 (13,1 à 17,7)
Q2	19,2 (18,1 à 20,3)	27,1 (24,3 à 29,8)	17,3 (15,1 à 19,6)
Q3	20,1 (19,0 à 21,3)	30,6 (27,9 à 33,2)	16,5 (14,4 à 18,5)
Q4	20,0 (18,9 à 21,1)	35,6 (32,7 à 38,6)	19,3 (17,0 à 21,6)
Q5 (revenu le plus élevé)	18,8 (17,8 à 19,8)	41,2 (38,3 à 44,1)	23,7 (21,1 à 26,3)
Province de résidence			
Colombie-Britannique	12,9 (12,7 à 13,2)	29,9 (26,6 à 33,2)	20,5 (17,5 à 23,4)
Alberta	12,4 (12,1 à 12,6)	31,8 (28,4 à 35,3)	18,0 (15,2 à 20,9)
Saskatchewan	2,9 (2,8 à 3,0)	27,9 (22,3 à 33,6)	17,1 (12,6 à 21,5)
Manitoba	3,5 (3,4 à 3,6)	30,1 (24,8 à 35,4)	20,4 (15,6 à 25,2)
Ontario	40,6 (40,1 à 41,0)	25,5 (23,6 à 27,5)	15,5 (13,8 à 17,2)
Québec	21,7 (21,4 à 22,1)	41,0 (38,3 à 43,7)	21,6 (19,4 à 23,8)
Nouveau-Brunswick	1,9 (1,8 à 1,9)	20,0 (14,8 à 25,3)	14,6 ^c (10,1 à 19,1)
Nouvelle-Écosse	2,5 (2,4 à 2,6)	34,1 (29,0 à 39,2)	23,1 (18,4 à 27,8)
Île-du-Prince-Édouard	0,4 (0,4 à 0,4)	23,9 ^c (16,7 à 31,1)	19,4 ^c (13,2 à 25,6)
Terre-Neuve-et-Labrador	1,2 (1,2 à 1,3)	21,3 (15,0 à 27,5)	26,6 (20,2 à 32,9)
État matrimonial			
Mariée/union de fait	57,4 (56,1 à 58,6)	33,7 (32,0 à 35,3)	16,3 (15,0 à 17,5)
Veuve, séparée, divorcée, célibataire ou jamais mariée	42,6 (41,4 à 43,9)	26,3 (24,5 à 28,1)	21,1 (19,4 à 22,7)
Milieu de résidence			
Urbain	85,5 (84,7 à 86,2)	30,1 (28,7 à 31,4)	17,6 (16,5 à 18,7)
Rural	14,5 (13,8 à 15,3)	33,0 (30,6 à 35,5)	22,4 (20,3 à 24,6)
Statut d'immigrante			
Oui	29,8 (28,4 à 31,1)	13,6 (11,9 à 15,3)	6,9 (5,7 à 8,2)
Non	70,2 (68,9 à 71,6)	37,6 (36,2 à 39,0)	23,1 (21,8 à 24,3)
A occupé un emploi rémunéré ou travaillé dans une entreprise au cours des 12 derniers mois			
Oui	83,2 (82,2 à 84,3)	33,9 (32,6 à 35,3)	20,4 (19,2 à 21,5)
Non	16,8 (15,7 à 17,8)	13,9 (11,7 à 16,2)	8,2 (6,5 à 9,9)
Étudiante			
Oui	20,2 (19,2 à 21,3)	19,1 (16,7 à 21,5)	16,6 (14,3 à 18,8)
Non	79,8 (78,7 à 80,8)	33,4 (32,0 à 34,8)	18,8 (17,6 à 19,9)
Tabagisme			
Abstinent à vie	59,4 (58,0 à 60,7)	21,6 (20,2 à 23,1)	11,3 (10,2 à 12,4)
Fumeuse	13,4 (12,6 à 14,2)	40,3 (37,2 à 43,4)	35,4 (32,3 à 38,5)
Ex-fumeuse	14,0 (13,1 à 14,9)	47,0 (43,9 à 50,2)	27,3 (24,5 à 30,0)
Fumeuse à titre expérimental	13,2 (12,3 à 14,2)	43,2 (39,4 à 46,9)	23,0 (19,9 à 26,2)

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)

Taux estimés de consommation hebdomadaire et de consommation excessive d'alcool au cours de la dernière année chez les femmes en âge de procréer, selon des caractéristiques sociodémographiques et autres, Canada et par province, 2019

Variables	Taux (IC à 95 %)		
	Proportion dans l'échantillon (%)	Proportion ayant fait état d'une consommation hebdomadaire d'alcool (%)	Proportion ayant fait état d'une consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois (%)
Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois			
Oui	23,0 (21,9 à 24,2)	46,0 (43,2 à 48,7)	39,1 (36,4 à 41,8)
Non	77,0 (75,8 à 78,1)	26,3 (25,0 à 27,6)	12,4 (11,5 à 13,4)
Total	–	30,5 (29,3 à 31,7)	18,3 (17,3 à 19,3)

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2019.

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^c Conformément aux lignes directrices de l'ESCC relatives à la variabilité d'échantillonnage, les taux estimés doivent être interprétés avec prudence, car que le coefficient de variation se situe entre 15,1 % et 25,0 %.

procréer, davantage de femmes veuves, séparées, divorcées, célibataires ou jamais mariées (21,1 %) ont déclaré une consommation excessive d'alcool que de femmes mariées ou en union libre (16,3 %).

Le pourcentage de femmes en âge de procréer déclarant une consommation excessive d'alcool était supérieur chez celles vivant en milieu rural (22,4 %) que chez celles vivant en milieu urbain (17,6 %). Une plus grande proportion de femmes ont fait état d'une consommation excessive d'alcool chez les non-immigrantes (23,1 %) par rapport aux immigrantes (6,9 %) et chez celles ayant exercé un emploi rémunéré au cours des 12 derniers mois (20,4 %) par rapport à celles n'ayant pas exercé d'emploi rémunéré au cours de l'année écoulée (8,2 %).

Les taux de consommation excessive d'alcool chez les fumeuses (35,4 %), les ex-fumeuses (27,3 %) et les fumeuses à titre expérimental (23,0 %) variaient entre le double et le triple de ceux observés chez les abstinences à vie (11,3 %). Les femmes en âge de procréer ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (39,1 %) avaient un taux de consommation excessive d'alcool plus de trois fois supérieur à celui de celles n'ayant pas consommé de cannabis au cours des 12 derniers mois (12,4 %).

Analyse

En 2019, 30,5 % des femmes en âge de procréer ont déclaré avoir consommé de l'alcool sur une base hebdomadaire, et 18,3 % ont fait état d'une consommation excessive d'alcool. Bien qu'il existe de légères différences dans les définitions de la consommation excessive d'alcool (avoir

bu quatre verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois au cours de l'année écoulée) et d'excès occasionnels d'alcool (avoir bu quatre verres ou plus en une même occasion au moins une fois au cours de l'année écoulée), la proportion de consommation excessive d'alcool est similaire à la fréquence médiane d'excès occasionnels d'alcool en 2019 (19,2 %) chez les femmes de 18 à 44 ans aux États-Unis¹¹.

Nous avons constaté que la consommation hebdomadaire ou excessive d'alcool était en proportion la plus forte chez les femmes en âge de procréer appartenant au quintile de revenu le plus élevé, n'étant pas immigrantes, ayant occupé un emploi au cours des 12 derniers mois et n'étant pas étudiantes. Nous avons également constaté une hétérogénéité entre les comportements de consommation d'alcool autodéclarés. Par exemple, si la consommation hebdomadaire d'alcool était plus répandue chez les femmes en âge de procréer mariées ou en union libre que chez celles qui étaient veuves, séparées, divorcées, célibataires ou qui n'avaient jamais été mariées, cette tendance était inversée pour les comportements de consommation excessive d'alcool. De même, le taux de consommation hebdomadaire d'alcool le plus élevé était celui des femmes de 40 à 49 ans, tandis que le taux de consommation excessive d'alcool était le plus élevé dans la tranche d'âge des 20 à 29 ans. Étant donné ces différences, les études futures devraient comparer plusieurs comportements de consommation selon divers déterminants sociaux de la santé, dans l'objectif de mieux comprendre la consommation d'alcool dans cette population.

Nos résultats les plus remarquables concernent l'usage du tabac et la consommation de cannabis, un indicateur possible de polyconsommation. Les taux de consommation hebdomadaire ou excessive d'alcool au cours de l'année écoulée étaient entre deux et trois fois supérieurs chez les femmes qui fumaient, avaient fumé ou fumaient à titre expérimental ou qui avaient déclaré consommer du cannabis. Ces données peuvent aider les prestataires de soins de santé à évaluer la polyconsommation au sein de cette population et à promouvoir une consommation d'alcool à faible risque comme mesure de prévention de l'exposition à l'alcool pendant la grossesse.

Points forts et limites

Notre étude fournit pour la première fois des estimations représentatives à l'échelle nationale quant à la fréquence de deux comportements de consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer, et ce, en fonction de diverses variables sociodémographiques et de la consommation de substances. Bien que nos résultats comblent une lacune en matière de données probantes, nous avons quelques limites à mentionner.

Premièrement, comme les données sont transversales, nous ne pouvons pas établir de temporalité. Deuxièmement, toutes les données de l'analyse étaient autodéclarées et donc sujettes aux biais de déclaration et de désirabilité sociale. Enfin, en raison des critères d'exclusion de l'ESCC, nous n'avons pas été en mesure d'inclure de données sur les femmes en âge de procréer vivant dans les territoires ou dans les réserves des Premières Nations.

Recherches supplémentaires

Pour déterminer à quels groupes de femmes en âge de procréer une meilleure connaissance des directives de consommation d'alcool à faible risque serait bénéfique, les recherches futures devraient examiner les associations entre caractéristiques socio-démographiques, consommation d'autres substances et consommation d'alcool.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier leurs collègues de la Division de la santé de la mère, de l'enfant et des jeunes qui les ont invitées à collaborer et à soumettre conjointement des articles de type aperçu. Nous tenons également à remercier Adam Probert, Claudia Lagacé et Sarah Palmeter pour leur aide dans l'interprétation des résultats et la révision de cet aperçu.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contribution des auteures et avis

Toutes les auteures ont donné leur avis sur la conception et l'élaboration de l'analyse des données secondaires. MV a rédigé cet aperçu et a effectué l'analyse descriptive. Toutes les coauteures ont interprété les données et revu d'un œil critique ou commenté chacune des ébauches du manuscrit.

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

Références

1. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : Information détaillée pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [modification le 18 novembre 2019; consultation le 16 novembre 2020]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
2. Shield KD, Kehoe T, Taylor B, Patra J, Rehm J. Alcohol-attributable burden of disease and injury in Canada, 2004. *Int J Public Health*. 2012;57(2):391-401. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0247-7>
3. Iranpour A, Nakhaee N. A review of alcohol-related harms: a recent update. *Addict Health*. 2019;11(2):129-137. <https://doi.org/10.22122/ahj.v11i2.225>
4. The Lancet. Alcohol and cancer. *Lancet*. 2017;390(10109):2215. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32868-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32868-4)
5. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OS, et al. Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(10):1574-1586. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000340>
6. Orpana H, Giesbrecht N, Hajee A, Kaplan MS. Alcohol and other drugs in suicide in Canada: opportunities to support prevention through enhanced monitoring. *Inj Prev*. 2021;27(2):194-200. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043504>
7. Ramstedt M. Alcohol consumption and alcohol-related mortality in Canada, 1950-2000. *Can J Public Health*. 2004;95(2):121-126. <https://doi.org/10.1007/BF03405779>
8. Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool. Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2018.
9. Centre de surveillance et de recherche appliquée. Indicateurs de la santé périnatale (ISP). Infobase de la santé publique [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; [modification le 20 octobre 2020; consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/isp/outil-de-donnees/?Dom=1&Ind=1&MS=1&Strat=1>
10. Statistique Canada. Feuilles d'information de la santé : consommation abusive d'alcool, 2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [modification le 25 juin 2020; consultation le 16 novembre 2020]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00007-fra.htm>
11. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. Fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): State-level estimates of alcohol use among women – 2019 [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention [modification le 14 mai 2021; consultation le 27 mai 2021]. En ligne à : <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/data-maps-2019.html>

Aperçu

Prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019

Sarah Palmeter, MSP; Adam Probert, M. Sc.; Claudia Lagacé, M. Sc.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'absence d'estimations de la prévalence nationale du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) constitue une lacune importante dans les connaissances.

Méthodologie. La prévalence du TSAF, déterminée à l'aide des données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019, a été analysée en fonction de l'âge, du sexe et de l'identité (autochtone ou non autochtone). L'âge médian au moment du diagnostic et les problèmes de santé concomitants de longue durée ont aussi été examinés.

Résultats. La prévalence du TSAF chez les enfants et les adolescents canadiens vivant en ménage privé était de 1 pour 1 000 (0,1 %). Cette prévalence était considérablement plus élevée chez ceux s'étant identifiés comme Autochtones et vivant hors réserve (1,2 %).

Conclusion. Ces observations corroborent les résultats des études sur la prévalence du TSAF ayant utilisé des méthodes de surveillance passive. Elles constituent un point de départ vers une meilleure compréhension de la prévalence et du fardeau du TSAF au Canada.

Mots-clés : trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, prévalence, surveillance de la santé publique, santé des enfants, Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes

Points saillants

- En 2019, la prévalence du TSAF chez les enfants et les adolescents canadiens âgés de 1 à 17 ans vivant en ménage privé était de 1 pour 1 000 (0,1 %).
- La prévalence du TSAF était nettement plus élevée chez les enfants et les adolescents canadiens s'étant identifiés comme Autochtones et vivant hors réserve que chez ceux ne s'étant pas identifiés comme Autochtones (1,2 % contre 0,1 %).
- L'âge médian au moment du diagnostic de TSAF chez les enfants et les adolescents était de 5,7 ans.
- La plupart des enfants et des adolescents atteints du TSAF avaient au moins un autre problème de santé de longue durée.
- Une surveillance du TSAF à l'échelle nationale est nécessaire pour éclaircir la prévalence de ce problème de santé.

Introduction

L'expression « trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale », ou TSAF, est un terme diagnostique utilisé pour décrire les conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool sur le cerveau et l'organisme^{1,2}. Le TSAF dure toute la vie. Les personnes atteintes du TSAF éprouveront des difficultés dans leur vie quotidienne et auront besoin, pour réaliser leur potentiel, d'aide à la motricité, à la santé physique, à l'apprentissage, à la mémoire, à l'attention, à la communication, à la régulation des émotions et aux compétences sociales.

Chaque personne atteinte du TSAF est unique et a des forces et des faiblesses qui lui sont propres³.

Au cours des dernières décennies, une quantité importante de données probantes a été publiée en ce qui a trait à la prévention, à l'identification et au diagnostic précoce du TSAF ainsi que sur l'estimation de sa prévalence⁴. Parmi les méthodes utilisées et testées pour estimer la prévalence, la plupart se sont intéressées à des zones géographiques particulières et à des populations vulnérables⁵⁻⁷. Les estimations de prévalence au Canada ne sont pas uniformes

ni d'envergure nationale. La prévalence du TSAF est, du fait de la nature de ce trouble, difficile à mesurer, principalement en raison de la complexité de sa reconnaissance, de son dépistage et de son diagnostic⁸. Il n'existe aucun marqueur biologique ou génétique propre au TSAF. Par ailleurs, un grand nombre d'enfants affectés par l'exposition prénatale à l'alcool ne présentent pas les traits physiques associés au TSAF que sont par exemple les dysmorphies faciales⁹. Les lignes directrices canadiennes en matière

Rattachement des auteurs :

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

Correspondance : Adam Probert, Programme de surveillance des troubles du développement, Division de la santé de la mère, de l'enfant et des jeunes, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, 7^e étage, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-218-7379; courriel : adam.probert@canada.ca

de diagnostic exigent une information détaillée – qui n’est pas toujours disponible – sur l’exposition prénatale à l’alcool afin de pouvoir avoir confirmation du diagnostic⁹. Il est donc difficile d’établir la présence du TSAF dans les cas qui ne sont pas sévères¹.

L’absence d’estimations de la prévalence nationale du TSAF constitue une lacune importante dans les connaissances utiles aux interventions en santé publique. Cet article vise à fournir les premières estimations de la prévalence nationale du TSAF, fondées sur les données l’Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019.

Méthodologie

L’ECSEJ de 2019 a porté sur un échantillon national de Canadiens de 1 à 17 ans (en date du 31 janvier 2019) vivant en ménage privé dans les dix provinces et les trois territoires du pays (n = 39 951; taux de réponse = 52,1 %) ^{10,11}. Les enfants et les adolescents vivant dans des réserves des Premières Nations et d’autres établissements autochtones des provinces, dans des foyers d’accueil et en institution n’étaient pas éligibles à l’enquête¹⁰. Les données ont été collectées au moyen d’un questionnaire à remplir par la personne la mieux renseignée sur l’enfant ou l’adolescent (1 à 17 ans) ¹¹.

Les enfants et les adolescents ont été considérés comme atteints du TSAF si leur répondant a répondu « oui » pour « L’ensemble des troubles causés par l’alcoolisation fœtale, aussi appelé ETCAF » à la question « [L’enfant] a-t-il été diagnostiqué avec l’un des problèmes de santé de longue durée suivants? » ¹².

Les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires incluses dans cette étude sont l’âge (1 à 11 ans ou 12 à 17 ans), le sexe (masculin ou féminin) et l’identité autochtone ou non autochtone (membre des Premières Nations, des Métis ou des Inuits ou non-Autochtone).

L’âge médian au moment du diagnostic a été établi à l’aide de la question : « Quel âge avait-il quand il a été diagnostiqué pour la première fois avec les problèmes de santé suivants? – L’ensemble des troubles

causés par l’alcoolisation fœtale, aussi appelé ETCAF » ¹².

Les enfants et les adolescents ont été considérés comme atteints d’un problème de santé de longue durée si leur répondant a répondu « oui » à la question « [L’enfant] a-t-il été diagnostiqué avec un ou l’autre des problèmes de santé de longue durée suivants? » pour l’un des problèmes de santé parmi asthme, diabète, épilepsie, trouble d’anxiété, trouble de l’humeur, trouble de l’alimentation, difficulté d’apprentissage ou trouble d’apprentissage, trouble du déficit de l’attention ou trouble du déficit de l’attention avec hyperactivité (aussi appelé TDA/TDAH), trouble du spectre de l’autisme et tout autre problème de santé de longue durée ¹².

Des analyses descriptives ont été réalisées pour établir la prévalence du TSAF chez les enfants et les adolescents canadiens. Les estimations concernant les enfants et les adolescents atteints du TSAF ont été comparées avec celles concernant les enfants et les adolescents n’ayant pas eu ce diagnostic. Toutes les estimations ont été pondérées de manière à être représentatives de la population canadienne âgée de 1 à 17 ans. Nous avons utilisé la

méthode de ré-échantillonnage « bootstrap » pour établir des estimations de la variance, avec des intervalles de confiance (IC) à 95 % et des coefficients de variation. Toutes les analyses ont été réalisées à l’aide du logiciel statistique SAS Enterprise Guide (version 7.1) ¹³. Les résultats ont été supprimés dans les cas où la variabilité d’échantillonnage était élevée (coefficient de variation supérieur à 35 %).

Résultats

En 2019, environ 9 400 enfants et adolescents canadiens de 1 à 17 ans (selon un échantillon non pondéré de 54 sujets), soit une proportion de 1 pour 1 000, avaient reçu un diagnostic de TSAF (0,1 %^c; IC à 95 % : 0,1 à 0,2) (tableau 1). Cela correspond à 1 pour 1 000 enfants de 1 à 11 ans (0,1 %^d; IC à 95 % : 0,0 à 0,2) et 2 pour 1 000 adolescents de 12 à 17 ans (0,2 %^c; IC à 95 % : 0,1 à 0,3). La prévalence était la même chez les filles et chez les garçons.

Bien que nous disposions de données permettant d’analyser diverses caractéristiques socioéconomiques comme l’origine ethnique (appartenance ou non à une minorité visible), le milieu de vie (urbain ou

TABLEAU 1
Prévalence du trouble du spectre de l’alcoolisation fœtale (TSAF) chez les enfants et les adolescents âgés de 1 à 17 ans, selon certaines caractéristiques individuelles, Canada, 2019

Caractéristiques individuelles	Prévalence du TSAF en pourcentage (%) avec IC à 95 % (n = 9 382)
Âge (ans)	
1 à 11	0,1 (0,0 à 0,2) ^d
12 à 17	0,2 (0,1 à 0,3) ^c
Sexe	
Masculin	0,1 (0,1 à 0,2) ^d
Féminin	0,1 (0,1 à 0,2) ^d
Identité autochtone	
Autochtone (Premières Nations, Métis, Inuit)	1,2 (0,4 à 1,9) ^d
Non autochtone	0,1 (0,1 à 0,1) ^c
Total	0,1 (0,1 à 0,2)^c

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; TSAF, trouble du spectre de l’alcoolisation fœtale.

^c Variabilité d’échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %).

^d Variabilité d’échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 25,0 % et 35,0 %).

Remarques : Les pourcentages et les intervalles de confiance à 95 % sont fondés sur des données pondérées. Les estimations pondérées sont fondées sur un échantillon non pondéré de 54 sujets.

^c Variabilité d’échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %).

^d Variabilité d’échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 25,0 % et 35,0 %).

rural), le revenu et le niveau de scolarité, les estimations fondées sur ces données présentaient une trop grande variabilité d'échantillonnage pour pouvoir être présentées.

La prévalence du TSAF chez les enfants et adolescents autochtones vivant hors réserve était de 1,2 %^D (IC à 95 % : 0,4 à 1,9), contre 0,1 %^C (IC à 95 % : 0,1 à 0,1) chez les enfants non autochtones (tableau 1). Cette différence est statistiquement significative, mais elle doit être interprétée avec prudence en raison des coefficients de variation élevés de ces deux estimations.

L'âge médian des enfants et des adolescents au moment du diagnostic de TSAF était de 5,7 ans (IC à 95 % : 3,8 à 7,6) et aucune différence statistiquement significative n'est ressortie lorsque les données ont été analysées en fonction du sexe ou d'autres caractéristiques sociodémographiques (données non présentées).

Le TSAF est associé à un grand nombre de problèmes de santé concomitants¹⁴. La majorité (82,7 %; IC à 95 % : 66,5 à 98,9) des enfants et des adolescents atteints du TSAF avaient au moins un autre problème de santé de longue durée, contre un peu moins du quart (23,4 %; IC à 95 % : 22,8 à 24,0) de ceux sans TSAF. Chez les enfants et adolescents de 5 à 17 ans, 64,7 %^C (IC à 95 % : 45,1 à 84,3) avaient reçu un diagnostic de trouble ou de difficulté d'apprentissage; 44,3 %^C (IC à 95 % : 25,3 à 63,3) avaient reçu un diagnostic de trouble d'anxiété et 32,9 %^D (IC à 95 % : 14,7 à 51,1) avaient reçu un diagnostic de trouble de l'humeur (tableau 2). Chez les enfants et adolescents de 1 à 17 ans, 69,6 % (IC à 95 % : 51,5 à 87,7) avaient reçu un diagnostic de TDA/TDAH et 31,9 %^D (IC à 95 % : 13,6 à 50,2) avaient reçu un diagnostic d'autres problèmes de santé de longue durée (tableau 2).

Analyse

D'après les données de l'ECSEJ de 2019, la prévalence nationale du TSAF diagnostiqué chez les enfants et adolescents âgés de 1 à 17 ans est de 1 pour 1000, soit 0,1 %^C. Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les deux sexes, mais la prévalence du TSAF était plus élevée chez les enfants et les

TABEAU 2
Problèmes de santé de longue durée chez les enfants et les adolescents âgés de 1 à 17 ans, avec trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et sans TSAF, Canada, 2019

Problème de santé de longue durée (plage d'âge en années)	Avec TSAF, en % (IC à 95 %) (n = 9 382)	Sans TSAF, en % (IC à 95 %) (n = 6 557 361)
Difficulté ou trouble d'apprentissage (5 à 17)		
Oui	64,7 (45,1 à 84,3) ^C	8,4 (7,9 à 8,8)
Non	35,3 (15,7 à 54,9) ^D	91,6 (91,2 à 92,1)
Trouble d'anxiété (5 à 17)		
Oui	44,3 (25,3 à 63,3) ^C	5,1 (4,8 à 5,5)
Non	55,7 (36,7 à 74,7) ^C	94,9 (94,5 à 95,2)
Trouble de l'humeur (5 à 17)		
Oui	32,9 (14,7 à 51,1) ^D	2,1 (1,8 à 2,3)
Non	67,1 (48,9 à 85,3)	97,9 (97,7 à 98,2)
TDA/TDAH (1 à 17)		
Oui	69,6 (51,5 à 87,7)	6,7 (6,3 à 7,1)
Non	30,4 (12,3 à 48,5) ^D	93,3 (92,9 à 93,7)
Autre problème de santé de longue durée (1 à 17)		
Oui	31,9 (13,6 à 50,2) ^D	6,7 (6,4 à 7,1)
Non	68,1 (49,8 à 86,4)	93,3 (92,9 à 93,6)

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; TDA/TDAH, trouble du déficit de l'attention ou trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité; TSAF, trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale.

^C Variabilité d'échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %).

^D Variabilité d'échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 25,0 % et 35,0 %).

Remarques : Les pourcentages et les intervalles de confiance à 95 % sont fondés sur des données pondérées. Les estimations pondérées sont fondées sur deux échantillons non pondérés, l'un de 54 sujets (enfants et adolescents atteints d'un TSAF) et l'autre de 39 897 sujets (enfants et adolescents sans TSAF).

Le nombre d'enfants et adolescents atteints d'un TSAF ayant aussi de l'asthme, du diabète, de l'épilepsie, un trouble de l'alimentation ou un trouble du spectre de l'autisme était insuffisant pour présenter des estimations concernant ces problèmes de santé.

adolescents s'identifiant comme Autochtones et vivant hors réserve.

Les études sur la prévalence du TSAF au Canada reposent sur diverses méthodes, dont des examens cliniques et la détermination active des cas, tout en s'intéressant à des populations, à des zones géographiques et à des tranches d'âge différentes^{5,15}. Les estimations canadiennes publiées vont de 0,09 %, avec un instrument de mesure du développement de la petite enfance⁵, à entre 1,4 % et 4,4 %, avec des méthodes de détermination active des cas^{15,16}. Des études semblables menées en Australie, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, mais avec des méthodes différentes et sur des tranches d'âge différentes, ont établi une prévalence du TSAF comprise entre 1 % et 5 % chez les enfants^{6,17-20}. Notre résultat de 0,1 %, qui se situe à la limite inférieure de cette plage de valeurs, correspond aux valeurs reposant sur des

études fondées sur la détermination passive des cas⁵, mais il est nettement inférieur aux valeurs reposant sur des études fondées sur la détermination active des cas¹⁵.

La prévalence du TSAF était significativement plus élevée chez les enfants et les adolescents canadiens d'identité autochtone et vivant hors réserve que chez les autres (1,2 % contre 0,1 %). Les données de l'ECSEJ ne permettent pas d'analyser les différences sur le plan des méthodes de diagnostic, de l'accès aux soins ou d'autres facteurs susceptibles d'expliquer cet écart de prévalence. Toutefois, cette estimation correspond aux résultats d'autres études menées sur les populations autochtones²¹. Dans une de ces études, la prévalence globale du TSAF chez les enfants et adolescents autochtones vivant dans une réserve et hors réserve au Canada était de 8,7 %, comparativement à 0,5 % au sein

^C Variabilité d'échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 15,0 % et 25,0 %).

^D Variabilité d'échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 25,0 % et 35,0 %).

de la population générale²¹. Des tendances semblables ont été constatées chez les enfants et les adolescents en Australie-Occidentale et dans le sud-ouest des États-Unis, où vivent aussi d'importantes populations autochtones^{6,7,22}. Ces études ont estimé la prévalence du TSAF entre 2 %⁶ et près de 20 %⁷. La prévalence du TSAF chez les enfants des Premières Nations vivant sur une réserve a diminué au fil du temps : elle était de 0,5 % selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de 2015-2016, contre 1,8 % en 2002-2003²³.

L'écart entre le taux de prévalence des enfants et adolescents autochtones vivant hors réserve et celui des enfants et adolescents non autochtones ne peut pas s'expliquer uniquement par des différences sur le plan de l'exposition prénatale à l'alcool. Des facteurs interdépendants et complexes ont été définis et associés au TSAF et à l'exposition prénatale à l'alcool. Ces facteurs comprennent les effets dévastateurs de la colonisation, notamment les expériences vécues dans les pensionnats, et la marginalisation socioéconomique dont les peuples autochtones continuent d'être victimes²⁴.

Points forts et limites

Un des points forts de cette étude est que l'ECSEJ de 2019 est une enquête nationale fondée sur la population qui couvre un large éventail de thèmes et permet d'examiner en profondeur les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des enfants et des adolescents canadiens. À l'heure actuelle, l'ECSEJ est la seule source de données qui permette d'établir des estimations de la prévalence du TSAF à l'échelle du pays. Cependant, bien qu'elle soit représentative de 98 % de la population canadienne, l'ECSEJ ne tient pas compte des groupes de population constitués d'enfants et d'adolescents dont on sait qu'ils présentent une prévalence plus élevée de TSAF^{21,25}, en l'occurrence ceux qui vivent dans une réserve des Premières Nations et d'autres lieux de vie autochtones des provinces, dans des foyers d'accueil et en institution. Ces exclusions ont sans doute entraîné une sous-estimation de la prévalence du TSAF chez les enfants et les adolescents canadiens.

Bien qu'il soit suffisant pour être présenté, le nombre de cas de TSAF ayant fait l'objet de notre analyse était petit. Nous n'avons pas pu présenter d'analyse du rôle des

facteurs sociodémographiques chez les enfants et adolescents atteints du TSAF en raison de la variabilité d'échantillonnage élevée. Par ailleurs, comme le diagnostic de TSAF peut faire l'objet de stigmatisation, il pourrait avoir été sous-déclaré¹⁵.

D'après notre analyse, plus des trois quarts des enfants et adolescents atteints d'un TSAF avaient aussi un problème de santé concomitant. Popova et ses collaborateurs¹⁴ ont émis l'hypothèse que le nombre de problèmes de santé concomitants chez les personnes atteintes d'un TSAF pourrait expliquer pourquoi les estimations de prévalence du TSAF sont moins élevées que prévu : ces autres problèmes de santé pourraient faire l'objet de consultations médicales spécifiques, conduisant à un sous-diagnostic de leur cause sous-jacente (à savoir un TSAF)¹⁴.

Les méthodes passives de collecte de données, comme l'utilisation de l'ECSEJ, sont les plus efficaces et les plus représentatives, mais elles tendent à produire les estimations les plus faibles, pour les raisons décrites ci-dessus. Les méthodes actives en milieu clinique donnent des estimations de la prévalence plus élevées et plus de détails sur les cas de TSAF, mais elles sont aussi plus dispendieuses et exigent plus de temps, c'est pourquoi elles ciblent généralement des zones géographiques ou des groupes de population qui présentent un intérêt particulier⁴.

Conclusion

La surveillance nationale du TSAF est nécessaire pour mieux comprendre la prévalence estimée et pour établir des valeurs de référence qui permettront d'évaluer l'efficacité des mesures de santé publique dans l'avenir. En utilisant les données de l'ECSEJ de 2019, nous avons estimé la prévalence du TSAF chez les enfants et adolescents canadiens vivant en ménage privé à 1 pour 1000.

À notre connaissance, cette analyse est la première estimation nationale de la prévalence du TSAF au Canada. Elle constitue un point de départ à une meilleure connaissance du fardeau associé à ce problème de santé évitable. En raison des défis actuels, il pourrait être nécessaire de combiner des méthodes de surveillance et sources de données passives et actives pour réaliser la surveillance du TSAF au Canada.

Remerciements

Les données présentées dans les tableaux sont fondées sur les résultats de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) menée par Statistique Canada en 2019. Nous souhaitons également remercier le Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones et la D^{re} Jocelynn Cook pour leurs précieux commentaires sur le manuscrit.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contributions des auteurs et avis

SP a analysé les données et AP et SP ont rédigé l'article. Tous les auteurs ont participé à la conception de l'étude, à l'analyse des données, à l'interprétation des résultats et à la révision critique du manuscrit et ils en ont approuvé la version finale.

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

1. Cook JL, Green CR, Lilley CM, et al.; Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*. 2016; 188(3):191-197. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141593>
2. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*. 1973;301(7815):1267-1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(73\)91291-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(73)91291-9)
3. Harding K, Flannigan K, McFarlane A. Policy action paper: toward a standard definition of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. Vancouver (BC) : CanFASD; 2019.
4. May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Res Health*. 2001;25(3):159-167.

5. Pei J, Reid-Westoby C, Siddiqua A, et al. Teacher-reported prevalence of FASD in kindergarten in Canada: association with child development and problems at home. *J Autism Dev Disord.* 2021;51(2):433-443. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04545-w>
6. Fox DJ, Pettygrove S, Cunniff C, et al. Fetal alcohol syndrome among children aged 7-9 years — Arizona, Colorado, and New York, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(3):54-57.
7. Fitzpatrick JP, Latimer J, Olson HC, et al. Prevalence and profile of neurodevelopment and fetal alcohol spectrum disorder (FASD) amongst Australian Aboriginal children living in remote communities. *Res Dev Disabil.* 2017; 65:114-126. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.04.001>
8. Flannigan K, Unsworth K, Harding K. The prevalence of fetal alcohol spectrum disorder. Vancouver (BC) : CanFASD; 2018.
9. Chudley AE. Diagnosis of fetal alcohol spectrum disorder: current practices and future considerations. *Biochem Cell Biol.* 2018;96(2):231-236. <https://doi.org/10.1139/bcb-2017-0106>
10. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [dernière modification : 11 février 2019; consultation le 6 octobre 2020]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5233
11. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019 : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020.
12. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes – 2019 : Questionnaire. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 6 octobre 2020]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr_f.pl?Function=assembleInstr&lang=en&Item_Id=1209093
13. Statistical Analysis System Enterprise Guide version 7.1. Cary (NC) : SAS Institute Inc.
14. Popova S, Lange S, Shield K, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;387(10022):978-987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01345-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01345-8)
15. Popova S, Lange S, Poznyak V, et al. Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. *BMC Public Health.* 2019;19(1):845. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7213-3>
16. Thanh NX, Jonsson E, Salmon A, Sebastianski M. Incidence and prevalence of fetal alcohol spectrum disorder by sex and age group in Alberta, Canada. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2014;21(3):e395-404.
17. Mutch RC, Watkins R, Bower C. Fetal alcohol spectrum disorders: notifications to the Western Australian Register of Developmental Anomalies. *J Paediatr Child Health.* 2015;51(4):433-436. <https://doi.org/10.1111/jpc.12746>
18. May PA, Baete A, Russo J, et al. Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics.* 2014;134(5):855-866. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3319>
19. May PA, Chambers CD, Kalberg WO, et al. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in 4 US communities. *JAMA.* 2018;319(5):474-482. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21896>
20. May PA, Gossage JP, Kalberg WO, et al. Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Dev Disabil Res Revs.* 2009;15(3):176-192. <https://doi.org/10.1002/ddrr.68>
21. Popova S, Lange S, Probst C, Parunashvilia N, Rehman J. Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. *Eur J Med Genet.* 2017;60(1):32-48. <https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2016.09.010>
22. Montag AC, Romero R, Jensen T, et al. The prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in an American Indian community. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(12):2179. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122179>
23. First Nations Information Governance Centre. FNIGC data online: percentage of First Nations children diagnosed with a mental health condition or FASD [database]. Akwesasne (Ont.) : FNIGC [consulté le 2 juin 2021]. En ligne à : https://fnigc.ca/dataonline/charts-list?term_node_tid_depth_1=All&term_node_tid_depth=10&keys=FASD
24. Tait C. Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones du Canada : examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats. Ottawa (Ont.) : Fondation autochtone de guérison; 2003.
25. Bower C, Watkins RE, Mutch RC, et al. Fetal alcohol spectrum disorder and youth justice: a prevalence study among young people sentenced to detention in Western Australia. *BMJ Open.* 2018;8(2):e019605. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019605>

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 2021.

Dales R, Blanco-Vidal C, Romero-Meza R, **Schoen S**, et al. The association between air pollution and COVID-19 related mortality in Santiago, Chile: a daily time series analysis. *Environ Res.* 2021;198:111284. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111284>

Doggett A, Gohari MR, **Godin KM**, et al. Cannabis use, screen time, and internalizing symptoms among Canadian youth: testing mediation pathways. *Subst Use Misuse.* 2021;56(8):1232-40. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1922455>

Huston P, **MacGuigan D**. What do academic physicians think of Tai Chi? A qualitative study. *J Altern Complement Med.* 2021;27(5):434-41. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0418>

Johnson SC, Cunningham M, Dippenaar IN, [...] **Badawi A**, et al. Public health utility of cause of death data: applying empirical algorithms to improve data quality. *BMC Med Informatics Decis Mak.* 2021;21(1):175. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01501-1>

Kreatsoulas C, Taheri C, Pattathil N, Panchal P, **Kakkar T**. Patient Risk Interpretation of Symptoms Model (PRISM): how patients assess cardiac risk. *J Gen Intern Med.* 2021. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06770-0>

Petkovic J, Duench S, Trawin J, [...] **DesMeules M**, et al. Behavioural interventions delivered through interactive social media for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;5:CD012932. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012932.pub2>

Zakaria D. Sociodemographic and health characteristics of cancer survivors in Canada between 2015 and 2018. *J Public Health (Berl.).* 2021. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01621-y>

Zeng L, Brignardello-Petersen R, Hultcrantz M, [...] **Traversy G**, et al. GRADE guidelines 32: GRADE offers guidance on choosing targets of GRADE certainty of evidence ratings. *J Clin Epidemiol.* 2021;137:163-75. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01501-1>

