Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 42 • numéro 10 • octobre 2022

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

475 Soutien aux travailleurs de la santé et détresse psychologique : réflexion sur la situation actuelle et la période suivant la pandémie de COVID-19

486 Facteurs associés aux dépenses élevées en soins de santé chez les patients atteints de schizophrénie

Commentaire

496 Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies

501 Surveillance de l'insécurité alimentaire des ménages au Canada : l'heure du bilan

Aperçu

507 Caractéristiques des traumatismes causés par l'utilisation à l'extérieur d'une trottinette motorisée : analyse des données de la plate-forme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (eSCHIRPT)

Annonce

513 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

Marie DesMeules, M. Sc.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Margaret de Groh, Ph. D.
Rédactrice scientifique en chef déléguée

Tracie O. Afifi, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

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

Kiran Nandi
Rédactrice subalterne

Aathavan Uruthirapathy
Rédacteur subalterne

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

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

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

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Emploi et Développement social 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

Leonard Jack, Jr, 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 le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2022

ISSN 2368-7398
Pub. 210492
PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

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

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

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.01f

Recherche quantitative originale

Soutien aux travailleurs de la santé et détresse psychologique : réflexion sur la situation actuelle et la période suivant la pandémie de COVID-19

Rima Styra, M.D., M. Ed. (1); Laura Hawryluck, M.D., M. Sc. (2); Allison McGeer, M.D., M. Sc. (3); Michelle Dimas, M. Sc. (4); Eileen Lam, BPHE (1); Peter Giacobbe, M.D., M. Sc. (5); Gianni Lorello, M.D. (6); Neil Dattani, M.D., DFCM (7); Jack Sheen, B. Sc. S. (8); Valeria E. Rac, M.D., Ph. D. (9,10); Troy Francis, M. Sc. (10); Peter E. Wu, M.D., M. Sc. (11); Wing-Si Luk, M. Sc. S. (12); Jeya Nadarajah, M.D., M. Sc. (13); Wayne L. Gold, M.D. (3,11)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.
Publié en ligne le 29 juin 2022.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Cette étude explore la relation entre le soutien émotionnel, le risque perçu et les résultats en matière de santé mentale chez les travailleurs de la santé, qui font face à des taux élevés d'épuisement professionnel et de détresse mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Une enquête transversale a été menée en ligne au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 auprès de travailleurs de la santé de divers centres de la région du Grand Toronto (Ontario, Canada) pour évaluer les stratégies d'adaptation, la confiance dans les mesures de lutte contre les infections, l'impact du travail antérieur lors de l'épidémie de SRAS survenue en 2003 et le soutien émotionnel. Les résultats en matière de santé mentale ont été évalués au moyen de l'échelle du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7), de l'échelle d'impact des événements – révisée (IES-R) et du questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9).

Résultats. Sur les 3 852 participants, 8,2 % ont eu recours à des services professionnels en santé mentale, 77,3 % ont reçu du soutien émotionnel de la part de membres de leur famille, 74,0 % de la part d'amis et 70,3 % de la part de collègues. Les personnes qui ne se sont pas senties soutenues dans leur travail présentaient des probabilités plus élevées d'éprouver des symptômes d'anxiété modérés et sévères (rapport de cotes [RC] = 2,23; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,84 à 2,69), de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (RC = 1,88; IC à 95 % : 1,58 à 2,25) et de dépression (RC = 1,88; IC à 95 % : 1,57 à 2,25). Près de 40 % avaient peur de parler à leur famille des risques auxquels ils étaient exposés au travail. Ceux qui ont pu partager cette information faisaient état d'un risque plus faible d'anxiété (RC = 0,58; IC à 95 % : 0,48 à 0,69), de TSPT (RC = 0,48; IC à 95 % : 0,41 à 0,56) et de dépression (RC = 0,55; IC à 95 % : 0,47 à 0,65).

Conclusion. Les sources informelles de soutien, en particulier la famille, les amis et les collègues, jouent un rôle important dans l'atténuation de la détresse et devraient être encouragées et utilisées davantage par les travailleurs de la santé.

Points saillants

- Les travailleurs de la santé ont surtout eu recours à des sources informelles de soutien émotionnel comme la famille, les amis et les collègues pendant la pandémie de COVID-19, et un moins grand nombre d'entre eux a sollicité le soutien de professionnels en santé mentale.
- Les travailleurs de la santé qui avaient confiance en l'efficacité des mesures de lutte contre les infections, et particulièrement dans les politiques organisationnelles, ont fait état de moins de détresse générale.
- Chez les travailleurs de la santé qui se sentaient soutenus, les taux de prise de médicaments hypnotiques et de consommation d'alcool étaient plus faibles.
- Le fait de ressentir de l'anxiété pourrait avoir nui à la capacité des travailleurs de la santé à partager l'information avec leur famille concernant leur risque de contracter la COVID-19 au travail.

Rattachement des auteurs :

1. Centre for Mental Health, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario), Canada
2. Critical Care Medicine, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario), Canada
3. Division of Infectious Diseases, Réseau universitaire de santé et Sinai Health System, Toronto (Ontario), Canada
4. Department of Research, William Osler Health System, Brampton (Ontario), Canada
5. Department of Psychiatry, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario), Canada
6. Department of Anesthesia and Pain Management, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario), Canada
7. Department of Emergency and Urgent Care, William Osler Health System, Brampton (Ontario), Canada
8. Institute of Medical Science, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
9. Peter Munk Cardiac Centre, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario), Canada
10. Toronto Health Economics and Technology Assessment (THETA) Collaborative, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
11. Division of General Internal Medicine, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario), Canada
12. Patient Safety and Quality Improvement, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario), Canada
13. Division of Infectious Diseases, Markham Stouffville Hospital, Markham (Ontario), Canada

Correspondance : Rima Styra, Centre for Mental Health, Réseau universitaire de santé, 200, rue Elizabeth, bureau 8EN-219, Toronto (Ontario) M5G 2C4; tél. : 416-340-4825; courriel : rima.styra@uhn.ca

Mots-clés : *trouble de stress post-traumatique, TSPT, dépression, anxiété, soutien, lutte contre les infections, épuisement professionnel, santé mentale, soutien psychologique, travailleurs de la santé*

Introduction

La pandémie de COVID-19 a eu de graves répercussions sur le bien-être physique et mental des travailleurs de la santé[1-3]. La détresse observée est similaire à celle observée précédemment lors d'éclosions du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et de la maladie à virus Ebola[4-7]. Récemment, de nombreux travailleurs de la santé ont choisi de quitter leur emploi, ce qui compromet la capacité du système à fournir des soins et à se préparer à d'éventuelles vagues et à d'autres crises sanitaires. Par conséquent, il est urgent de mieux comprendre la nature et la portée des modalités de soutien disponibles et leur capacité à atténuer la détresse des travailleurs de la santé alors même que la pandémie perdure[8].

Le soutien émotionnel et social est efficace pour atténuer la dépression, l'anxiété et d'autres formes de détresse psychologique liées aux événements traumatisants[9,10]. Le soutien peut être formel, comme le soutien instrumental et informationnel des organismes de soins de santé et des professionnels en santé mentale, et informel, comme le soutien psychologique de la famille, des amis et des collègues. Pendant la pandémie de COVID-19, le manque de soutien perçu a conduit à des effets néfastes sur le plan psychologique auxquels on s'attendait[11,12]. Alors que le stress vécu par les travailleurs de la santé pendant cette pandémie a été reconnu[3,13,14], il nous reste à mieux comprendre les formes optimales de soutien permettant d'y remédier.

Notre étude, descriptive et exploratoire, vise à déterminer l'impact du soutien émotionnel et pragmatique, par exemple les mesures de lutte contre les infections visent à protéger les travailleurs de la santé.

Méthodologie

Plusieurs résultats en matière de santé mentale fondés sur les mesures de l'anxiété, du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de la dépression pendant la pandémie de COVID-19 ont été détaillés ailleurs[15]. Styra et ses collaborateurs[15] ont observé qu'une proportion importante de travailleurs de la santé présentaient des symptômes modérés ou graves de TSPT (50,2 %), d'anxiété (24,6 %) et de dépression (31,5 %). Une analyse par régression logistique multivariée a montré que les travailleurs de la santé non cliniques étaient plus susceptibles de souffrir d'anxiété (RC = 1,68; IC à 95 % : 1,19 à 2,15, p = 0,01) et de symptômes de dépression (2,03; IC à 95 % : 1,34 à 3,07; p < 0,0001) que le personnel infirmier, les médecins et le personnel paramédical[15].

Administration du sondage

Nous avons réalisé une enquête transversale et multicentrique en ligne auprès des travailleurs de la santé de deux hôpitaux tertiaires et deux hôpitaux de soins communautaires de la région du Grand Toronto (Ontario, Canada) où des patients atteints de la COVID-19 étaient traités. Tous les membres du personnel travaillant dans chacun des quatre hôpitaux ont été invités par courriel interne à participer au sondage. Deux rappels ont été envoyés chaque semaine au cours des deux semaines de la période d'étude. Nous avons adapté un sondage utilisé lors de l'épidémie de SRAS survenue en 2003[6] et nous l'avons utilisé pour évaluer la santé mentale des travailleurs de la santé et l'impact des mesures de lutte contre les infections pendant la pandémie de COVID-19.

La collecte de données a eu lieu pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 dans la région du Grand Toronto, du 14 au 28 mai 2020 dans deux centres, du 27 mai au 10 juin 2020 dans le troisième centre et du 19 juin au 3 juillet 2020 dans le quatrième centre.

Approbation de l'éthique de la recherche

Clinical Trials Ontario (CTO nº 3189) a accordé son approbation en matière d'éthique pour tous les sites, et le comité d'éthique de chaque site a également accordé son approbation.

Population à l'étude

Tous les membres du personnel travaillant dans chacun des quatre hôpitaux pouvaient répondre au sondage. Nous avons réparti les travailleurs de la santé en quatre groupes : le personnel infirmier, les médecins, le personnel paramédical (pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.) et les travailleurs de la santé non cliniques (personnel administratif, personnel de recherche, services de salubrité des lieux, etc.).

Résultats et mesures

L'enquête comportait des questions visant à cerner les dimensions du soutien, que ce soit l'utilisation des ressources en santé mentale ou le soutien informel, par exemple auprès de membres de la famille, de collègues et d'amis. Nous avons évalué la perception des risques personnels et professionnels et les stratégies d'adaptation personnelles ainsi que la perception de l'efficacité des mesures standard de prévention des infections dans les établissements.

Un certain nombre de questions du sondage posées aux travailleurs de la santé portaient sur leur perception de la façon dont les mesures de lutte contre les infections les ont touchés pendant la pandémie de COVID-19. Par exemple, un énoncé affirmait : « Je crois que les mesures suivantes sont utiles pour me protéger contre la COVID-19 » et offrait les choix de réponse suivants : « le dépistage des patients et des visiteurs aux entrées des hôpitaux », « le port du masque par tous les travailleurs de la santé dans les zones cliniques », « le rinçage des mains avec un désinfectant à base d'alcool », « le lavage régulier des mains », « en apprendre le plus possible à propos de la COVID-19 » et « le respect des protocoles et des mesures recommandées ».

Un exemple de question sur le soutien a été : « Je reçois du soutien émotionnel de… », avec les choix de réponse suivants : « professionnel de la santé mentale », « famille », « amis », « collègues » ou « je m'en sors sans aide ».

Les déclarations sur l'impact de la COVID-19 découlant du milieu de travail incluaient « J'ai peur de parler à ma famille du risque auquel je suis exposé » et « Je me sens soutenu en raison du travail que je fais comme travailleur de la santé ». Les travailleurs de la santé qui avaient travaillé lors de l'épidémie de SRAS survenue en 2003 dans la région du Grand Toronto ont été invités à s'auto-identifier afin qu'il soit possible d'évaluer comment une expérience de travail pendant une épidémie antérieure influe sur

l'expérience de travail lors d'une épidémie causée par un agent pathogène nouveau.

Les principaux résultats en santé mentale liés aux symptômes d'anxiété, de TSPT et de dépression ont été évalués au moyen d'instruments d'auto-évaluation validés : l'échelle du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) à 7 éléments pour mesurer l'anxiété; l'échelle d'impact des événements révisée (IES-R) à 22 éléments pour évaluer la présence du TSPT, composée de sous-échelles sur l'intrusion, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative et enfin le questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) comportant 9 éléments pour mesurer la dépression. De plus, nous avons utilisé les scores-seuils pour identifier les symptômes modérés et graves (GAD-7 = 10/15[16]; IES-R = 24/33[17]; et PHQ-9 = 10/15[18]), les scores les plus élevés correspondant à la présence de symptômes graves.

Analyses statistiques

Nous avons utilisé le progiciel statistique R version 3.6.2 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche) pour analyser les données recueillies. Des tests du chi carré de Pearson ont servi à analyser les variables catégorielles dans tous les groupes, et des tests de la somme des rangs de Kruskal-Wallis ont été utilisés pour comparer la gravité des symptômes entre les groupes. Le seuil de signification pour chaque analyse a été fixé à $\alpha = 0,05$, et tous les tests étaient bilatéraux. La signification statistique a été fixée à 0,001.

Nous avons utilisé les scores de domaine globaux pour chaque analyse (GAD-7, IES-R et PHQ-9). Les mesures des résultats en santé mentale ne suivant pas une distribution normale, elles ont été présentées sous forme de médianes accompagnées d'intervalles interquartiles (IIQ). L'imputation n'a été utilisée que pour le petit nombre d'éléments relevant des caractéristiques individuelles (moins de 10 % manquant aléatoirement) nécessaires afin d'obtenir la puissance adéquate pour l'analyse par régression logistique multivariée. Les données descriptives des tableaux pour les caractéristiques individuelles et les fréquences ont été présentées telles quelles et aucune donnée imputée n'a été utilisée. Les analyses de régression logistique multivariée ont été fondées sur des modèles univariables antérieurs et, ces analyses s'étant révélées significatives, les modèles ont été ajustés pour l'âge, le sexe, le type de travail lié aux soins de santé, la consommation de médicaments hypnotiques, la consommation d'alcool et l'expérience de travail durant l'épidémie de SRAS survenue en 2003 à Toronto.

Résultats

Caractéristiques individuelles

Les participants qui ont répondu au sondage (N = 3 852) étaient membres du personnel infirmier (n = 1 298; 33,6 %), travailleurs de la santé non cliniques (n = 1 122; 29,1 %), membres du personnel paramédical (n = 1 075; 27,9 %) ou médecins (n = 357; 9,3 %). La majorité (84,2 %) des participants se sont identifiés comme des femmes, et un peu plus de la moitié (55,6 %) des participants étaient mariés (tableau 1).

Soutien émotionnel

Un faible pourcentage de travailleurs de la santé (8,2 %; n = 266) a demandé un soutien professionnel en santé mentale. Toutefois, la majorité des participants ont eu recours à diverses formes de soutien informel, que ce soit la famille (77,3 %; n = 2 649), les amis (74,0 %; n = 2 496) ou les collègues (70,3 %; n = 2 347).

Les travailleurs de la santé qui ont demandé l'aide de professionnels en santé mentale ont obtenu des scores significativement plus élevés pour les symptômes d'anxiété, de TSPT et de dépression (tableau 2) que ceux qui n'ont pas demandé l'aide d'un professionnel. Il n'y avait aucune différence dans la demande de soutien professionnel en santé mentale entre les différentes catégories de travailleurs de la santé. Le personnel infirmier (79 %; n = 905) et le personnel paramédical (71,5 %; n = 681) ont demandé plus souvent un soutien émotionnel à leurs collègues que les travailleurs de la santé non cliniques (60,4 %; n = 549) et les médecins (62,5 %; n = 207) ($p < 0,001$). Les travailleuses de la santé ont demandé le soutien de leur famille (79 %; n = 2 248),

TABLEAU 1
Caractéristiques individuelles et professionnelles des travailleurs de la santé qui ont participé à l'étude du soutien en santé mentale pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, mai à juillet 2020, région du Grand Toronto (Ontario, Canada)

Caractéristique	Nombre (%)				
	Personnel paramédical (n = 1 075)	Personnel infirmier (n = 1 298)	Médecins (n = 357)	Travailleurs de la santé non cliniques (n = 1 122)	Total (n = 3 852)
Sexe					
Homme	161 (15,7)	111 (9,0)	153 (44,6)	147 (14,4)	572 (15,8)
Femme	864 (84,3)	1 126 (91,0)	190 (55,4)	875 (85,6)	3 055 (84,2)
Âge (ans)					
18 à 25	47 (4,7)	120 (9,8)	3 (0,9)	53 (5,3)	223 (6,2)
26 à 35	376 (37,6)	404 (33,0)	81 (23,5)	262 (26,1)	1 123 (31,5)
36 à 45	262 (26,2)	300 (24,5)	118 (34,3)	251 (25,0)	931 (26,1)
46 à 55	219 (21,9)	229 (18,7)	75 (21,8)	270 (26,9)	793 (22,2)
plus de 55	96 (9,6)	170 (13,9)	67 (19,5)	166 (16,6)	499 (14,0)
État matrimonial					
Marié(e)	563 (54,7)	656 (52,6)	261 (75,7)	552 (53,5)	2 032 (55,6)
Célibataire	406 (39,4)	506 (40,6)	77 (22,3)	377 (36,5)	1 366 (37,4)
Divorcé(e)/veuf ou veuve	61 (5,9)	84 (6,7)	7 (2,0)	103 (10,0)	255 (7,0)
Scolarité					
Collège ou université	177 (36,8)	259 (42,6)	13 (9,4)	248 (50,1)	697 (40,5)
Professionnel/diplômé	300 (62,4)	341 (56,1)	123 (89,1)	236 (47,7)	1 000 (58,1)
A travaillé pendant l'épidémie de SRAS survenue en 2003					
Non	781 (73,1)	922 (71,2)	232 (65,2)	786 (70,3)	2 721 (70,9)
Oui	287 (26,9)	373 (28,8)	124 (34,8)	332 (29,7)	1 116 (29,1)

Abréviation : SRAS, syndrome respiratoire aigu sévère.

TABLEAU 2
Soutien de la part de professionnels en santé mentale, de membres de la famille, d'amis ou de collègues ou autogestion et scores des tests GAD-7, IES-R et PHQ-9 des participants pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, mai à juillet 2020, région du Grand Toronto (Ontario, Canada)

Résultat[a,b]	Professionnel en santé mentale			Famille			Amis			Collègues			Autogestion		
	Non (n = 2 978)	Oui (n = 266)	Valeur *p*	Non (n = 779)	Oui (n = 2 649)	Valeur *p*	Non (n = 878)	Oui (n = 2 496)	Valeur *p*	Non (n = 991)	Oui (n = 2 347)	Valeur *p*	Non (n = 795)	Oui (n = 2 499)	Valeur *p*
Total GAD-7															
Médiane	5,00	8,00	< 0,001	4,00	5,00	< 0,001	4,00	5,00	< 0,001	5,00	5,00	0,002	10,00	4,00	< 0,001
IIQ	1,00–9,00	4,50–15,00		0,00–8,75	2,00–10,00		0,00–8,00	2,00–10,00		1,00–9,00	2,00–10,00		6,00–15,00	1,00–7,00	
IES – Évitement															
Médiane	8,00	11,00	< 0,001	7,00	9,00	< 0,001	7,00	9,00	< 0,001	8,00	9,00	< 0,001	12,00	7,00	< 0,001
IIQ	4,00–14,00	6,00–15,00		3,00–14,00	4,00–14,00		2,00–13,00	5,00–14,00		3,00–14,00	4,00–14,00		8,00–17,00	3,00–13,00	
IES – Intrusion															
Médiane	8,00	13,00	< 0,001	7,00	9,00	< 0,001	6,00	9,00	< 0,001	7,00	9,00	< 0,001	16,00	7,00	< 0,001
IIQ	4,00–15,00	7,00–19,00		2,00–14,00	5,00–16,00		2,00–14,00	5,00–16,00		2,00–15,00	4,00–15,00		9,00–21,00	3,00–12,00	
IES – Hyperactivité neurovégétative															
Médiane	5,00	10,00	< 0,001	5,00	6,00	< 0,001	4,50	6,00	< 0,001	5,00	6,00	< 0,001	11,00	4,00	< 0,001
IIQ	2,00–10,00	5,00–15,00		1,00–10,00	3,00–11,00		1,00–10,00	3,00–11,00		1,00–10,00	2,00–11,00		6,50–16,00	2,00–8,00	
Total IES-R															
Médiane	23,00	34,00	< 0,001	18,00	25,00	< 0,001	18,50	25,00	< 0,001	20,00	24,00	< 0,001	39,00	19,00	< 0,001
IIQ	11,00–38,00	19,00–48,00		7,00–37,00	13,00–40,00		7,00–36,00	13,00–40,00		8,00–38,00	12,00–39,00		26,00–52,00	9,00–33,00	
Total PHQ-9															
Médiane	6,00	10,00	< 0,001	5,00	6,00	0,002	5,00	7,00	< 0,001	6,00	6,00	0,059	12,00	5,00	< 0,001
IIQ	2,00–11,00	5,00–16,00		1,00–12,00	3,00–11,00		1,00–12,00	3,00–11,00		2,00–12,00	3,00–11,00		7,00–18,00	2,00–9,00	

Abréviations : GAD-7, Échelle du trouble d'anxiété généralisée à 7 éléments; IES-R, Échelle d'impact des événements – révisée, 22 éléments; PHQ-9, Questionnaire sur la santé des patients à 9 éléments.

[a] Plus la médiane est élevée pour une échelle donnée, plus les symptômes associés aux éléments mesurés (anxiété, TSPT et dépression) sont importants.

[b] Test de la somme des rangs de Kruskal-Wallis.

de leurs amis (76,8 %; n = 2 148) et de leurs collègues (73,7 %; n = 2 038) plus souvent que leurs collègues masculins (p < 0,001). Les travailleurs de la santé qui avaient travaillé lors de l'épidémie de SRAS survenue en 2003 (73,9 %; n = 719) se sont tournés plus souvent vers des collègues que ceux qui n'avaient pas travaillé sur le terrain pendant cette période (68,9 %; n = 1 622; p < 0,004) (données non présentées).

Environ 40 % des travailleurs de la santé (n = 1 367), tant les hommes que les femmes, ont déclaré qu'ils avaient peur de divulguer à leur famille le risque auquel ils étaient exposés au travail. Les travailleurs qui ont exprimé leur incapacité à discuter de leur risque avec leur famille ont obtenu des notes significativement plus élevées pour toutes les mesures de détresse psychologique (p < 0,001) (tableau 3).

La décision des travailleurs de la santé d'informer leur famille du risque encouru n'a pas été influencée par leur perception du soutien émotionnel offert par les membres de leur famille. Les médecins étaient plus susceptibles de partager cette information avec leur famille (67,0 %; n = 219) que le personnel infirmier (54,6 %; n = 641) (p < 0,001) (données non présentées).

Près des deux tiers (63,8 %; n = 653) des participants qui avaient travaillé pendant l'épidémie de SRAS survenue en 2003 se sentaient à l'aise de divulguer le niveau de risque à leur famille (p < 0,001) contre 56,9 % (n = 1424) de ceux qui n'avaient pas travaillé pendant cette épidémie (données non présentées).

Stratégies d'adaptation

La plupart des participants (90,5 %; n = 3 143) ont exprimé leur intérêt à en apprendre davantage sur la COVID-19 (p < 0,001). Plus de la moitié ont déclaré qu'ils se sont adaptés en acceptant le risque perçu (66,2 %), en essayant de ne pas penser au risque (66 %) et en cultivant des pensées positives (93,1 %) (données non présentées). On a relevé des différences importantes dans la perception des risques entre les professions. Une proportion plus élevée parmi les travailleurs de la santé non cliniques (58 %; n = 494) que dans les autres groupes de travailleurs de la santé évitaient les collègues qui prodiguaient des soins aux patients atteints de la COVID-19 (tableau 4).

Un faible pourcentage de participants (10,9 %; n = 333) envisageaient de changer d'emploi ou de démissionner. Jusqu'à 15,7 % (n = 160) du personnel infirmier songeait à changer d'emploi, contre 9,4 % des travailleurs de la santé non cliniques (n = 78), 8,6 % du personnel paramédical (n = 76) et 5,9 % des médecins (n = 19) (p < 0,001) (données non présentées).

Une grande proportion des participants (72,5 %; n = 2 452) se sentaient soutenus en raison de leur travail dans le domaine de la santé. Les personnes qui se sentaient sans soutien avaient une probabilité significativement plus élevée de ressentir des symptômes modérés et graves de détresse psychologique dans le cadre de l'analyse par régression logistique multivariée : anxiété (RC = 2,23; IC à 95 % : 1,84 à 2,69; p < 0,001), TPST (RC = 1,88; IC à 95 % : 1,58 à 2,25; p < 0,001) et dépression (RC = 1,88; IC à 95 % : 1,57 à 2,25). Les travailleurs de la santé qui ne se sentaient pas soutenus en raison de leur travail étaient également plus susceptibles d'utiliser des médicaments hypnotiques et d'avoir des symptômes modérés à graves d'anxiété (RC = 3,42; IC à 95 % : 2,71 à 4,34), de dépression (RC = 4,03; IC à 95 % : 3,20 à 5,09) et de TSPT (RC = 4,24; IC à 95 % : 3,24 à 5,55). De même, la consommation d'alcool et le manque de soutien étaient associés à une anxiété modérée à sévère (RC = 1,89; IC à 95 % : 1,55 à 2,30), des symptômes de TSPT (RC = 2,12; IC à 95 % : 1,76 à 2,56) et à la dépression (RC = 2,07; IC à 95 % : 1,72 à 2,49). Les travailleurs de la santé qui étaient en mesure d'informer leur famille de leur risque perçu au travail présentaient des taux plus faibles d'anxiété modérée à sévère (RC = 0,58; IC à 95 % : 0,48 à 0,69), de symptômes de TSPT (RC = 0,48; IC à 95 % : 0,41 à 0,56) et de symptômes de dépression (RC = 0,55; IC à 95 % : 0,47 à 0,65) (tableau 5).

TABLEAU 3
Associations entre la crainte d'informer la famille du risque perçu et les scores GAD-7, IES-R et PHQ-9 des participants pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, mai à juillet 2020, région du Grand Toronto (Ontario, Canada)

Résultat[a,b]	Peur		Valeur p
	Non (n = 2 016)	Oui (n = 1 367)	
Total GAD-7			
Médiane	4,00	7,00	< 0,001
IIQ	1,00 à 8,00	3,00 à 11,00	
Total IES-R			
Médiane	19,00	30,00	< 0,001
IIQ	9,00 à 34,00	16,00 à 46,00	
Total PHQ-9			
Médiane	5,00	8,00	< 0,001
IIQ	2,00 à 10,00	4,00 à 13,00	

Abréviations : GAD-7, Échelle du trouble d'anxiété généralisée à 7 éléments; IES-R, Échelle d'impact des événements – révisée, 22 éléments; PHQ-9, Questionnaire sur la santé des patients à 9 éléments.

[a] Plus la médiane est élevée pour une échelle donnée, plus les symptômes associés aux éléments mesurés (anxiété, TSPT et dépression) sont importants.

[b] Test du chi carré de Pearson.

Mesures de lutte contre les infections

Les travailleurs de la santé qui considéraient que l'équipement de protection individuelle (EPI) offert ne les protégeait pas suffisamment étaient plus susceptibles d'éprouver de l'anxiété (RC = 1,74; IC à 95 % : 1,40 à 2,18; p < 0,001), des symptômes de TSPT (RC = 1,84; IC à 95 % : 1,49 à 2,26; p < 0,001) et de la dépression (RC = 2,10; IC à 95 % : 1,70 à 2,58; p < 0,001) (tableau 5). Les participants qui ne faisaient pas confiance aux processus de dépistage des patients et des visiteurs à l'entrée de l'hôpital présentaient également des taux plus élevés d'anxiété (RC = 1,65; 1,30 à 2,10; p < 0,001), de symptômes de TSPT (RC = 1,44; 1,16 à 1,80; p < 0,001) et de dépression (RC = 1,69; 1,35 à 2,11; p < 0,001).

En outre, les personnes qui n'étaient pas d'accord que les mesures de lutte contre les infections en place étaient suffisantes

TABLEAU 4
Stratégies d'adaptation des participants pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 selon leur profession, leur sexe et leur expérience de travail lors de l'épidémie de SRAS survenue en 2003, mai à juillet 2020, région du Grand Toronto (Ontario, Canada)

Question	Nombre (%)[a]										
	Profession					Sexe			A travaillé durant l'épidémie de SRAS survenue en 2003		
	Travailleurs de la santé non cliniques (n = 1 122)	Personnel paramédical (n = 1 075)	Personnel infirmier (n = 1 298)	Médecins (n = 357)	Valeur *p*	Homme (n = 572)	Femme (n = 3 055)	Valeur *p*	Non (n = 2 726)	Oui (n = 1 122)	Valeur *p*
En apprendre le plus possible sur la COVID-19											
D'accord	873 (91,4)	876 (88,9)	1 084 (91,1)	301 (89,9)	0,226	488 (90,9)	2 579 (90,4)	0,729	2 186 (89,3)	945 (93,3)	< 0,001
Prendre des suppléments nutritifs, des vitamines ou des probiotiques											
D'accord	511 (57,4)	473 (50,0)	709 (61,2)	78 (23,9)	< 0,001	203 (39,3)	1 526 (55,8)	< 0,001	1 227 (52,1)	545 (56,5)	0,023
Respecter les protocoles et les mesures recommandées											
D'accord	946 (99,0)	978 (99,1)	1 183 (99,5)	332 (98,8)	0,447	532 (99,3)	2 832 (99,1)	0,766	2 424 (99,0)	1 009 (99,6)	0,066
Accepter le risque inhérent											
D'accord	632 (67,2)	688 (70,3)	714 (60,6)	236 (70,9)	< 0,001	387 (72,6)	1 836 (65,0)	< 0,001	1 630 (67,2)	637 (63,6)	0,042
Essayer de ne pas penser au risque											
D'accord	652 (68,6)	663 (67,3)	760 (64,2)	203 (60,6)	0,023	339 (63,2)	1 900 (66,7)	0,117	1 627 (66,8)	647 (63,9)	0,107
Peur de parler à sa famille du risque auquel on est exposé											
D'accord	324 (35,7)	400 (41,3)	532 (45,4)	108 (33,0)	< 0,001	199 (37,5)	1 137 (41,0)	0,126	1 025 (43,1)	339 (34,1)	< 0,001
Cultiver des pensées positives											
D'accord	896 (93,9)	918 (93,4)	1 090 (92,5)	307 (92,5)	0,550	492 (92,5)	2 653 (93,3)	0,483	2 260 (92,9)	947 (93,7)	0,433
Éviter les endroits bondés / ne pas sortir en public											
D'accord	900 (94,5)	930 (94,3)	1 110 (94,1)	309 (92,8)	0,696	503 (94,2)	2 673 (94,1)	0,899	2 291 (94,0)	952 (94,4)	0,730
Éviter les collègues qui ont travaillé ou travaillent avec des patients atteints de la COVID-19											
D'accord	494 (58,0)	353 (38,5)	433 (37,6)	78 (23,7)	< 0,001	187 (36,0)	1 140 (42,9)	0,004	971 (42,4)	386 (40,4)	0,278
Hypnotiques pour le sommeil											
D'accord	143 (15,1)	106 (10,9)	229 (19,3)	28 (8,5)	< 0,001	52 (9,7)	447 (15,6)	< 0,001	351 (14,5)	153 (15,1)	0,612
Début/augmentation de la consommation d'alcool											
D'accord	254 (26,3)	262 (26,4)	325 (27,5)	843 (25,0)	0,793	147 (27,0)	767 (26,6)	0,826	671 (27,4)	253 (24,9)	0,137

Abréviation : SRAS, syndrome respiratoire aigu sévère.

[a] Test du chi carré de Pearson.

TABLEAU 5
Analyse par régression logistique multivariée des mesures de soutien et de lutte contre les infections sur les résultats modérés/graves en santé mentale des participants pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, mai à juillet 2020, région du Grand Toronto (Ontario, Canada)

Variable	Je me sens soutenu en raison du travail que je fais comme travailleur de la santé		J'ai peur de parler à ma famille du risque auquel je suis exposé		L'EPI offert est suffisant pour me protéger		Le dépistage des patients et des visiteurs aux entrées des hôpitaux est utile	
	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*
GAD-7								
En désaccord	2,23 (1,84 à 2,69)	< 0,001	0,58 (0,48 à 0,69)	< 0,001	1,74 (1,40 à 2,18)	< 0,001	1,65 (1,30 à 2,10)	< 0,001
Âge (ans)								
18 à 45 (réf.)	–	–	–	–	–	–	–	–
46 à 59	0,61 (0,49 à 0,78)	< 0,001	0,60 (0,48 à 0,76)	< 0,001	0,63 (0,50 à 0,79)	< 0,001	0,62 (0,49 à 0,78)	< 0,001
60 et plus	0,53 (0,39 à 0,71)	< 0,001	0,54 (0,40 à 0,73)	< 0,001	0,52 (0,38 à 0,70)	< 0,001	0,51 (0,38 à 0,69)	< 0,001
Sexe								
Homme (réf.)	–	–	–	–	–	–	–	–
Femme	1,50 (1,14 à 1,98)	0,004	1,48 (1,13 à 1,95)	0,005	1,50 (1,14 à 1,97)	0,004	1,50 (1,14 à 1,97)	0,004

Suite à la page suivante

TABLEAU 5 (suite)
Analyse par régression logistique multivariée des mesures de soutien et de lutte contre les infections sur les résultats modérés/graves en santé mentale des participants pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, mai à juillet 2020, région du Grand Toronto (Ontario, Canada)

Variable	Je me sens soutenu en raison du travail que je fais comme travailleur de la santé		J'ai peur de parler à ma famille du risque auquel je suis exposé		L'EPI offert est suffisant pour me protéger		Le dépistage des patients et des visiteurs aux entrées des hôpitaux est utile	
	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*	RC ajusté (IC à 95 %)	Valeur *p*
Profession								
Travailleurs de la santé non cliniques (réf.)	–	–	–	–	–	–	–	–
Personnel infirmier	0,97 (0,77 à 1,22)	0,78	0,97 (0,77 à 1,23)	0,81	0,94 (0,75 à 1,19)	0,61	0,99 (0,79 à 1,25)	0,95
Médecins	0,58 (0,40 à 0,86)	0,007	0,60 (0,41 à 0,88)	0,009	0,57 (0,39 à 0,83)	0,004	0,59 (0,40 à 0,86)	0,007
Personnel paramédical	0,90 (0,70 à 1,14)	0,38	0,90 (0,71 à 1,15)	0,40	0,89 (0,70 à 1,14)	0,36	0,92 (0,72 à 1,16)	0,48
Hypnotiques pour le sommeil								
Oui	3,42 (2,71 à 4,34)	< 0,001	2,84 (2,85 à 4,52)	< 0,001	3,51 (2,79 à 4,43)	< 0,001	3,55 (2,82 à 4,48)	< 0,001
Début/augmentation de la consommation d'alcool								
Oui	1,89 (1,55 à 2,30)	< 0,001	1,95 (1,60 à 2,37)	< 0,001	1,98 (1,63 à 2,40)	< 0,001	1,94 (1,60 à 2,35)	< 0,001
IES-R								
En désaccord	1,88 (1,58 à 2,25)	< 0,001	0,48 (0,41 à 0,56)	< 0,001	1,84 (1,49 à 2,26)	< 0,001	1,44 (1,16 à 1,80)	0,001
Âge (ans)								
18 à 45 (réf.)	–	–	–	–	–	–	–	–
46 à 59	0,78 (0,64 à 0,95)	0,01	0,78 (0,64 à 0,95)	0,01	0,77 (0,64 à 0,94)	0,008	0,76 (0,63 à 0,92)	0,005
60 et plus	0,65 (0,52 à 0,83)	< 0,001	0,68 (0,54 à 0,87)	0,002	0,64 (0,51 à 0,81)	< 0,001	0,63 (0,50 à 0,80)	< 0,001
Profession								
Travailleurs de la santé non cliniques (réf.)	–	–	–	–	–	–	–	–
Personnel infirmier	1,12 (0,92 à 1,37)	0,27	1,11 (0,91 à 1,36)	0,32	1,10 (0,90 à 1,34)	0,37	1,15 (0,94 à 1,40)	0,16
Médecins	0,42 (0,31 à 0,57)	< 0,001	0,44 (0,32 à 0,59)	< 0,001	0,40 (0,30 à 0,54)	< 0,001	0,43 (0,32 à 0,58)	< 0,001
Personnel paramédical	0,88 (0,71 à 1,10)	0,22	0,89 (0,72 à 1,10)	0,28	0,88 (0,71 à 1,08)	0,21	0,91 (0,74 à 1,11)	0,38
Hypnotiques pour le sommeil								
Oui	4,24 (3,24 à 5,55)	< 0,001	4,39 (3,36 à 5,75)	< 0,001	4,29 (3,28 à 5,62)	< 0,001	4,36 (3,34 à 5,69)	< 0,001
Début/augmentation de la consommation d'alcool								
Oui	2,12 (1,76 à 2,56)	< 0,001	2,14 (1,78 à 2,58)	< 0,001	2,19 (1,82 à 2,63)	< 0,001	2,12 (1,77 à 2,55)	< 0,001
PHQ-9								
En désaccord	1,88 (1,57 à 2,25)	< 0,001	0,55 (0,47 à 0,65)	< 0,001	2,10 (1,70 à 2,58)	< 0,001	1,69 (1,35 à 2,11)	< 0,001
Âge (ans)								
18 à 45 (réf.)	–	–	–	–	–	–	–	–
46 à 59	0,83 (0,67 à 1,02)	0,08	0,82 (0,67 à 1,01)	0,07	0,84 (0,68 à 1,03)	0,10	0,83 (0,68 à 1,02)	0,08
60 et plus	0,69 (0,53 à 0,90)	0,007	0,69 (0,53 à 0,90)	0,007	0,70 (0,53 à 0,91)	0,007	0,68 (0,53 à 0,89)	0,004
Profession								
Travailleurs de la santé non cliniques (réf.)	–	–	–	–	–	–	–	–
Personnel infirmier	0,89 (0,72 à 1,09)	0,26	0,89 (0,72 à 1,10)	0,29	0,87 (0,70 à 1,07)	0,18	0,90 (0,73 à 1,11)	0,35
Médecins	0,38 (0,27 à 0,54)	< 0,001	0,40 (0,28 à 0,57)	< 0,001	0,36 (0,26 à 0,52)	< 0,001	0,39 (0,28 à 0,55)	< 0,001
Personnel paramédical	0,78 (0,63 à 0,98)	0,03	0,80 (0,64 à 1,00)	0,05	0,79 (0,63 à 0,98)	0,04	0,80 (0,64 à 0,99)	0,04
Hypnotiques pour le sommeil								
Oui	3,84 (3,04 à 4,85)	< 0,001	4,03 (3,20 à 5,09)	< 0,001	3,96 (3,14 à 5,00)	< 0,001	4,01 (3,19 à 5,05)	< 0,001
Début/augmentation de la consommation d'alcool								
Oui	2,07 (1,72 à 2,49)	< 0,001	2,09 (1,7 à 2,52)	< 0,001	2,11 (1,75 à 2,53)	< 0,001	2,07 (1,73 à 2,49)	< 0,001

Abréviations : EPI, équipement de protection individuelle; GAD-7, Échelle du trouble d'anxiété généralisée à 7 éléments; IC, intervalle de confiance; IES-R, Échelle d'impact des événements – révisée, 22 éléments; PHQ-9, Questionnaire sur la santé des patients à 9 éléments; RC, rapport de cote; réf., référence.

(équipement de protection individuelle adéquat et dépistage des patients et des visiteurs des hôpitaux) étaient plus susceptibles d'obtenir des scores élevés pour les symptômes modérés à sévères pour toutes les mesures (tableau 5). Des taux élevés de détresse psychologique ont également été observés chez les travailleurs de la santé qui étaient en désaccord avec l'efficacité du lavage des mains de routine (dépression : RC = 2,67, IC à 95 % : 1,10 à 6,47, $p < 0,03$) et du rinçage des mains avec un désinfectant à base d'alcool (anxiété : RC = 1,67, IC à 95 % : 1,09 à 2,58, $p < 0,02$; symptômes de TSPT : RC = 1,19, IC à 95 % : 1,27 à 2,90, $p < 0,002$; dépression : RC = 1,72, IC à 95 % : 1,14 à 2,59, $p < 0,01$).

Analyse

D'après nos résultats, les travailleurs de la santé ont eu recours à diverses modalités de soutien psychologique pendant la pandémie de COVID-19 : environ les trois quarts ont obtenu du soutien émotionnel de la part de membres de leur famille (77,3 %), de leurs amis (74,0 %) et de leurs collègues (70,3 %). Environ 8 % ont demandé un soutien formel en santé mentale. Ce recours à un soutien formel en santé mentale peut relever de plusieurs facteurs : l'auto-identification d'une détresse psychologique grave nécessitant une intervention; des relations préexistantes avec un soutien en santé mentale ou encore des problèmes de santé mentale antérieurs exacerbés par les restrictions sociales et les défis en milieu de travail pendant la pandémie de COVID-19.

Le faible taux global d'accès à un soutien en santé mentale peut être attribuable à la difficulté d'accès à ce soutien en raison des longues heures de travail et de la stigmatisation associée à la demande ou au besoin de soutien en santé mentale. Par ailleurs, les travailleurs de la santé peuvent penser que le soutien informel qu'ils obtiennent de la part de collègues, de membres de la famille et d'amis est adéquat et ils ne se tournent vers un soutien professionnel en santé mentale que lorsqu'ils éprouvent une plus grande détresse psychologique. Les travailleurs de la santé sont susceptibles d'éprouver davantage de détresse psychologique en raison du manque de soutien, et ceux qui ressentent une détresse psychologique élevée sont plus susceptibles de percevoir le soutien disponible comme étant insuffisant.

D'autres études sur les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19 présentent les mêmes conclusions sur l'importance vitale du soutien de la famille, des amis et des collègues. On sait que le soutien familial atténue le sentiment d'isolement et favorise une santé mentale positive[19], tandis que le manque de soutien social de la part de la famille et des amis est associé à des niveaux plus élevés d'anxiété, de symptômes de TSPT et de dépression[11] et à un risque accru d'épuisement professionnel[12]. On sait aussi que le soutien des collègues est associé à la résilience, qui est un facteur de protection contre la détresse psychologique[20,21]. Les participants ayant travaillé lors de l'épidémie de SRAS en 2003 étaient plus susceptibles de demander le soutien de collègues. L'épidémie de SRAS étant survenue il y a près de 20 ans, les travailleurs de la santé encore en poste durant la pandémie de COVID-19 pourraient être mieux intégrés à leur milieu de travail et bénéficier ainsi d'un réseau stable et étendu de collègues capables de leur fournir du soutien. Les travailleurs de la santé qui ont traité des personnes atteintes de la COVID-19 ont tissé des liens de camaraderie plus étroits avec leurs collègues grâce à leur expérience commune[22]. Cela peut s'apparenter à certaines expériences communes de travail lors de l'épidémie de SRAS survenue en 2003, qui ont aidé à atténuer la détresse.

Les travailleurs de la santé qui ont déclaré avoir parlé de leur risque perçu avec leur famille ont obtenu des scores plus faibles pour l'anxiété, le TSPT et la dépression. On ne sait pas clairement si les personnes qui ont fait part de leur risque perçu étaient moins anxieuses à l'égard du risque et se sentaient donc en mesure d'en parler avec leur famille, ou si le fait de parler de leur risque avec leur famille réduisait leur détresse parce que leur famille était maintenant consciente de leur risque. Une autre explication pourrait être que la communication du risque perçu à la famille a permis de réduire la détresse des participants, car ceux-ci se sont alors vus dans le rôle de la personne qui doit montrer l'exemple et tenter de réduire l'anxiété des membres de sa famille en restant elle-même calme.

Bien que la famille ait joué un rôle pour soutenir les travailleurs de la santé, 36,9 % (n = 1367) d'entre eux n'ont pas parlé du risque qu'ils percevaient avec les membres de leur famille. Un certain nombre de facteurs peuvent avoir joué un rôle dans cette absence de divulgation, notamment le désir d'éviter à la famille toute préoccupation au sujet du risque personnel perçu et du risque potentiel, ainsi que la crainte que les membres de la famille réagissent négativement. Le partage de l'information est une étape positive vers le soutien et l'atténuation de la détresse psychologique potentielle et des conflits familiaux possibles. De plus, alors que les travailleurs de la santé reçoivent de l'information et de la formation sur la lutte contre les infections et que leur lieu de travail est apte à leur fournir des ressources en santé mentale, offrir des ressources supplémentaires aux membres de la famille pourrait s'avérer une intervention utile et pertinente.

Une perception négative de l'effet protecteur des mesures de lutte contre les infections en établissement, un sentiment global de manque de soutien et l'hésitation à discuter du risque avec la famille ont tous été associés à la consommation d'alcool et de médicaments hypnotiques, ainsi qu'à un risque accru de symptômes modérés ou graves d'anxiété, de TSPT et de dépression dans notre étude. Le stress causé par une pandémie peut entraîner une dépendance accrue aux substances pour soulager la détresse psychologique et peut également exacerber une consommation préexistante. Il a été prouvé que le soutien social perçu réduisait la consommation d'alcool et de médicaments hypnotiques, en particulier lors d'événements stressants de la vie[23-25]. La relation étroite entre le soutien, la santé mentale et la consommation de substances[26] devrait être prise en compte dans les interventions multidimensionnelles destinées aux travailleurs de la santé, surtout parce que ces derniers sont susceptibles d'adopter des comportements « de fuite ou d'évitement » pour soulager leur détresse[5,12,27]. De l'information et des ressources sur des comportements d'adaptation plus sains et sur les effets mentaux et physiques de la consommation de substances pourraient constituer une aide utile pour ce groupe potentiellement vulnérable.

Un faible pourcentage des personnes interrogées (10,9 %; n = 333) envisageaient de quitter le milieu des soins de santé, un désir dont on sait qu'il est influencé de manière générale par les expériences individuelles de stress professionnel, comme le soutien en milieu de travail, le sentiment d'efficacité et la capacité

à effectuer son travail[28]. Il s'agit là de facteurs importants dont on doit tenir compte pour assurer le maintien en poste des travailleurs. Notre étude a été effectuée relativement tôt au début de la pandémie de COVID-19, et les nouvelles données sur l'augmentation des départs[29] suggèrent que les répercussions des expériences individuelles prolongées de stress en milieu de travail devront faire l'objet d'une analyse plus approfondie. Ces aspects du stress en milieu de travail ont d'importantes répercussions pour les organisations, et des changements à l'échelle du système sont peut-être nécessaires pour maintenir le sentiment de sécurité, d'efficacité et d'autonomie du personnel afin de faciliter le maintien en poste pendant et après la pandémie. Le soutien de leur organisation et celui de la société contribuent à renforcer la satisfaction et la résilience des travailleurs de la santé[30]. Le soutien collectif aux travailleurs de la santé au début de la pandémie a semblé universel : des marques de reconnaissance, qui se manifestaient notamment par des encouragements de la part des résidents du quartier ou encore par des dons de repas de la part de restaurateurs locaux, ont pu contribuer à atténuer le stress des travailleurs de la santé. On sait aussi que le soutien de la famille et des amis contribue au développement d'un sentiment d'utilité et d'appartenance, que ce soutien a une incidence directe sur la prévention de la détresse psychologique et qu'il favorise le respect des restrictions mises en place pour prévenir les infections ainsi que les attitudes positives à leur égard[19].

L'EPI est une mesure de protection pour le personnel de première ligne lors d'éclosions de maladies infectieuses, et les inquiétudes concernant la disponibilité de l'EPI (ce qui a souvent été perçu comme un manque de soutien de la part de l'organisation) sont un prédicteur d'effets néfastes sur le plan psychologique[4,31,32]. Notre étude révèle que la confiance envers les mesures organisationnelles est associée au niveau de détresse psychologique et suggère qu'il est bénéfique pour les travailleurs de la santé de comprendre le rôle de chaque mesure dans la prévention des infections et de comprendre pourquoi les protocoles sont modifiés à la lumière de nouvelles données sur la transmission. La capacité à se conformer aux protocoles de lutte contre les infections peut favoriser une certaine auto-efficacité pour ce qui est de sa propre sécurité[31], tandis qu'un approvisionnement fiable et constant d'EPI donne aux travailleurs l'impression que leur organisation se soucie d'eux et les soutient[4,32]. Nos constatations révèlent l'existence d'un lien entre les symptômes de détresse et le degré de confiance envers les mesures de protection mises en œuvre dans les hôpitaux, soit un EPI adéquat, le dépistage des visiteurs et la perception de l'efficacité du rinçage des mains avec un désinfectant à base d'alcool. La confiance dans les mesures de lutte contre les infections peut réduire la détresse, mais le fait d'essayer de suivre correctement les mesures de lutte contre les infections est parfois susceptible d'accroître la détresse, particulièrement lorsque les recommandations liées aux mesures nécessaires sont fréquemment modifiées.

Pendant la pandémie, l'information a évolué rapidement, ce qui a rendu la communication bidirectionnelle et la transparence vitales[33]. Une étude qualitative sur l'expérience des travailleurs de la santé pendant la pandémie a révélé que la transparence organisationnelle avait aidé à atténuer le stress et la peur de l'inconnu et qu'elle avait aidé les travailleurs à s'adapter aux changements en matière de protocoles et d'information disponible[30]. Des stratégies efficaces de communication quotidienne sont nécessaires pour minimiser les malentendus susceptibles d'exacerber la détresse[34]. Il faut que les stratégies visant à recueillir et à intégrer les rétroactions des travailleurs de la santé de première ligne soient bien définies et mises en œuvre[35]. Il a été prouvé que les lacunes dans les données et le manque de transparence constituent des problèmes permanents qui minent la confiance dans la réponse à la pandémie[36].

Limites

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, pour pouvoir inclure à la fois les médecins, le personnel infirmier, le personnel paramédical et les travailleurs de la santé non cliniques, il a fallu envoyer par courriel un lien ne permettant aucun ciblage, ce qui nous a empêchés d'estimer le taux de réponse : avec ce type de lien, nous n'avons pas pu savoir combien de travailleurs de la santé ont vu le courriel mais n'ont pas voulu participer.

Deuxièmement, plusieurs hôpitaux ont participé à l'étude mais nous ne sommes pas en mesure de déterminer les différences potentielles entre les établissements en ce qui concerne les facteurs susceptibles d'atténuer ou d'exacerber les problèmes. De plus, nous n'avons pas cherché à savoir si des problèmes de santé mentale ou un soutien formel en santé mentale existaient avant la pandémie, or ces renseignements nous auraient aidés à déterminer dans quelle mesure ces problèmes et ce soutien préexistants contribuent à la détresse psychologique que nous avons documentée.

Enfin, les données ont été recueillies lors de la première vague de la pandémie, soit entre le 14 mai et le 3 juillet 2020, dans les quatre centres. Les biais de déclaration, surtout en période de stress élevé, peuvent avoir amené certains répondants à remplir le sondage de façon plus positive et d'autres à le remplir de façon plus négative. Une enquête de suivi pourrait fournir de l'information sur les stratégies d'adaptation et le soutien à long terme auxquels les participants peuvent avoir eu recours, ainsi que sur les perceptions et la confiance à l'égard des mesures de lutte contre les infections.

Conclusion

Le soutien émotionnel joue un rôle important dans la santé mentale des travailleurs de la santé. Bien que le soutien formel en santé mentale soit important, le réseau de soutien émotionnel de la famille, des amis et des collègues est également précieux pour les travailleurs de la santé. Ces liens, en particulier le soutien des membres du ménage, jouent un rôle essentiel dans le bien-être général des travailleurs de la santé.

Il semble que la confiance quant à la pertinence des mesures de lutte contre les infections et que la clarté perçue des communications sur les stratégies de lutte soient inversement liées au degré de stress et d'incertitude. Outre l'information sur les mesures à l'échelle de l'organisation, le fait d'avoir des renseignements sur les comportements sains d'adaptation personnelle peut favoriser le bien-être et le maintien en poste des travailleurs, ce qui permet de conserver des effectifs sur long terme, qui soient en bonne santé et solides.

Remerciements

Cette étude a été financée par la Toronto COVID-19 Action Initiative de l'Université

de Toronto. Les sources de financement n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la rédaction du manuscrit ou la décision de publier.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

RS, LH, AM, MD, PG, ND, GL, WL et WG ont participé à la conception de l'étude. RS, LH, AM, GL et GT ont participé à l'acquisition du financement. RS, LH, AM, MD, JS, PG, ND, GL, PW, JN et WG ont mené l'enquête. RS, LH, AM, MD, JS, PG, ND, GL, PW, WL, JN et WG ont préparé les données. RS, TF et VR ont effectué l'analyse formelle. RS, LH, GT et EL ont rédigé la première ébauche du manuscrit. Tous les auteurs ont revu le manuscrit.

Le contenu de cet 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. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. BMC Public Health. 2021;21(1):104. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3

2. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

3. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. Int J Emerg Med. 2020;13(1):40. https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5

4. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. BMJ. 2020;369:m1642. https://doi.org/10.1136/bmj.m1642

5. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Sim K. Psychological and coping responses of health care workers toward emerging infectious disease outbreaks. J Clin Psychiatry. 2020;81(6):20r13450. https://doi.org/10.4088/jcp.20r13450

6. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. J Psychosom Res. 2008;64(2):177-183. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.015

7. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: a rapid systematic review. Brain Behav Immun. 2020;8:100144. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144

8. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. Psychiatry (Edgmont). 2007;4(5):35-40.

9. Moore KS, Hemmer CR, Taylor JM, Malcom AR. Nursing professionals' stress level during coronavirus disease 2019: a looming workforce issue. J Nurse Pract. 2021;17(6):702-706. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.02.024

10. Taylor SE. Social support: a review. Dans HS Friedman (dir.). The Oxford handbook of health psychology. New York (NY) : Oxford University Press; 2011. p. 192-217. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009

11. Fang XH, Wu L, Lu LS, et al. Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a Chinese explanatory study. BMC Psychiatry. 2021;21(1):34. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02998-y

12. Ruisoto P, Ramírez MR, García PA, Paladines-Costa B, Vaca SL, Clemente-Suárez VJ. Social support mediates the effect of burnout on health in health care professionals. Front Psychol. 2021;11:623587. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.623587

13. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

14. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2020;34(3):553-560. https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.008

15. Styra R, Hawryluck L, Mc Geer A, et al. Surviving SARS and living through COVID-19: healthcare worker mental health outcomes and insights for coping. PLoS One. 2021;16(11):e0258893. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258893

16. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

17. Weiss DS, Marmar C. The impact of event scale—revised. Dans : Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD. New York (NY) : Guilford Press; 1997. p. 399-411.

18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

19. Li S, Xu Q. Family support as a protective factor for attitudes toward social distancing and in preserving positive mental health during the COVID-19 pandemic. J Health Psychol. 2020;27(4):858-867. https://doi.org/10.1177/1359105320971697

20. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: what can we expect after the COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020;292:113312. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312

21. Labrague LJ, De Los Santos JA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. J Nurs Manag. 2020; 28(7):1653-1661. https://doi.org/10.1111/jonm.13121

22. Deliktas Demirci A, Oruc M, Kabukcuoglu K. 'It was difficult, but our struggle to touch lives gave us strength': the experience of nurses working on COVID-19 wards. J Clin Nurs. 2021;30(5-6):732-741. https://doi.org/10.1111/jocn.15602

23. Sacco P, Bucholz KK, Harrington D. Gender differences in stressful life events, social support, perceived stress, and alcohol use among older adults: results from a National Survey. Subst Use Misuse. 2014;49(4):456-465. https://doi.org/10.3109/10826084.2013.846379

24. Moak ZB, Agrawal A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. J Public Health (Oxf). 2010;32(2):191-201. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp093

25. Bacharach SB, Bamberger P, Biron M. Alcohol consumption and workplace absenteeism: the moderating effect of social support. J Appl Psychol. 2010; 95(2):334-348. https://doi.org/10.1037/a0018018

26. Segrin C, McNelis M, Swiatkowski P. Social support indirectly predicts problem drinking through reduced psychological distress. Subst Use Misuse. 2016;51(5):608-615. https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1126746

27. Tahara M, Mashizume Y, Takahashi K. Coping mechanisms: exploring strategies utilized by Japanese healthcare workers to reduce stress and improve mental health during the COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(1):1-12. https://doi.org/10.3390/ijerph18010131

28. Hendrickson RC, Slevín RA, Hoerster KD, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health, occupational functioning, and professional retention among health care workers and first responders. J Gen Intern Med. 2022;37(2):397-408. https://doi.org/10.1007/s11606-021-07252-z

29. AL-Abrrow H, Al-Maatoq M, Alharbi RK, et al. Understanding employees' responses to the COVID-19 pandemic: the attractiveness of healthcare jobs. Glob Bus Organ Excell. 2021;40(2):19-33. https://doi.org/10.1002/joe.22070

30. Norful AA, Rosenfeld A, Schroeder K, Travers JL, Aliyu S. Primary drivers and psychological manifestations of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States. Gen Hosp Psychiatry. 2021;69:20-26. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.001

31. Zhou T, Guan R, Sun L. Perceived organizational support and PTSD symptoms of frontline healthcare workers in the outbreak of COVID-19 in Wuhan: the mediating effects of self-efficacy and coping strategies. Appl Psychol Heal Well-Being. 2021; 13(4):745-760. https://doi.org/10.1111/aphw.12267

32. Zaçe D, Hoxhaj I, Orfino A, Viteritti AM, Janiri L, Di Pietro ML. Interventions to address mental health issues in healthcare workers during infectious disease outbreaks: a systematic review. J Psychiatr Res. 2021; 136:319-333. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.019

33. Spalluto LB, Planz VB, Stokes LA, et al. Transparency and trust during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. J Am Coll Radiol. 2020; 17(7):909-912. https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.04.026

34. Hamouche S. COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. Emerald Open Res. 2020;2:15. https://doi.org/10.35241/emeraldopenres.13550.1

35. White SJ, Barello S, Cao di San Marco E, et al. Critical observations on and suggested ways forward for healthcare communication during COVID-19: pEACH position paper. Patient Educ Couns. 2021;104(2):217-222. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.025

36. Kondilis E, Papamichail D, Gallo V, Benos A. COVID-19 data gaps and lack of transparency undermine pandemic response. J Public Health (Oxf). 2021;43(2):e307-308. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab016

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.02f

Recherche quantitative originale

Facteurs associés aux dépenses élevées en soins de santé chez les patients atteints de schizophrénie

Andrew J. Stewart, M. Sc. (1); Scott B. Patten, Ph. D. (1,2); Kirsten M. Fiest, Ph. D. (1); Tyler S. Williamson, Ph. D. (1); James P. Wick, M. Sc. (2); Paul E. Ronksley, Ph. D. (1)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. La compréhension des motifs de la grande variation des dépenses en soins de santé chez les patients atteints de schizophrénie est susceptible de contribuer à l'élaboration d'interventions visant à améliorer les résultats pour les patients et l'efficience des dépenses en soins de santé. Notre étude visait à déterminer les facteurs associés aux dépenses élevées en soins de santé chez les patients atteints de schizophrénie.

Méthodologie. Cette étude transversale en série a utilisé les dossiers de santé administratifs de résidents de l'Alberta (Canada) entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2017 ainsi que les méthodes provinciales d'établissement des coûts afin de calculer les dépenses totales en soins de santé et les coûts par secteur. Les facteurs modifiant la probabilité d'être un patient à coût élevé (dans le 95e percentile ou plus) atteint de schizophrénie ont été estimés au moyen d'équations d'estimation généralisées.

Résultats. Cette étude a recueilli 242 818 années-personnes d'observations chez 38 177 patients atteints de schizophrénie. Une probabilité accrue d'être un patient à coût élevé a été associée à un âge plus jeune (18 à 29 ans), le fait d'être de sexe masculin, un état de logement instable et des besoins de soins dans de multiples spécialités médicales. Les associations estimées les plus fortes entre l'état d'un patient à coût élevé et la comorbidité concernaient le cancer métastatique (RC = 2,26) et la cirrhose (RC = 2,07). À l'opposé, la polypharmacie a été associée à une diminution de la probabilité de coûts élevés comparativement aux patients non traités.

Conclusion. Les facteurs associés au fait d'être un patient à coût élevé résultent d'interactions complexes entre facteurs individuels, facteurs structurels et facteurs liés au traitement. Les efforts visant à améliorer les résultats des patients et à faire face à la hausse des coûts des soins de santé doivent tenir compte de la valeur de l'affectation des ressources au dépistage précoce et au soutien des patients atteints de schizophrénie ainsi qu'à la prévention et à la gestion de la comorbidité.

Mots-clés : *schizophrénie, recherche sur les services de santé, comorbidité, dépenses en soins de santé*

Points saillants

- Les patients plus jeunes atteints de schizophrénie (18 à 29 ans) étaient plus susceptibles que les patients plus âgés d'être des patients à coûts élevés.
- Sur les 29 comorbidités évaluées, 17 ont été associées à une probabilité accrue d'être un patient à coût élevé.
- Une contribution plus importante de spécialités médicales augmente la probabilité d'être un patient à coût élevé.
- La probabilité pour un patient d'être un patient à coût élevé est 2,49 fois plus forte s'il est mal logé que s'il est logé de façon stable. Cela laisse penser que les facteurs de risque à l'origine des coûts transcendent les domaines cliniques et les caractéristiques individuelles.

Introduction

Des études fondées sur la population ont montré qu'une petite proportion de patients utilisent la majorité des ressources en soins de santé[1-5] et qu'environ 5 % de la population de patients utilisent 65 % des ressources en santé[2,6]. Les caractéristiques cliniques et individuelles de ces « patients à besoins élevés et à coûts élevés » sont très variables[7] et la présence de problèmes de santé mentale sous-jacents a été ciblée comme un facteur clé de l'utilisation des soins de santé et des dépenses afférentes[8,9].

La schizophrénie est un problème de santé mentale qu'on sait associé à des niveaux élevés d'incapacité et de recours aux soins de santé[10-12]. Les coûts économiques de la prestation de services de santé mentale sont très variables d'un patient à l'autre[13]. La littérature a établi un lien entre divers facteurs et l'augmentation des dépenses de santé, notamment l'âge, le sexe, le nombre de contacts sociaux, la durée et la fréquence des hospitalisations, la situation socioéconomique, l'accès à des sources de soutien communautaires et les stratégies de prise en charge pharmaceutique[13-18]. On s'attend à ce que l'augmentation de la multimorbidité chez les

Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences de la santé communautaire, Cumming School of Medicine, Université de Calgary (Calgary), Canada
2. Département de médecine, Cumming School of Medicine, Université de Calgary (Calgary), Canada

Correspondance : Paul E. Ronksley, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary, Cal Wenzel Precision Health Building, 3280 Hospital Drive NW, Calgary (Alberta) T2N 4Z6; tél. : 403-220-8820; courriel : peronksl@ucalgary.ca

patients atteints de schizophrénie conduise à une augmentation accrue des besoins en soins de santé et de l'utilisation des ressources en santé par cette population[19].

La littérature décrivant les caractéristiques des patients à coût élevé atteints de schizophrénie continue à augmenter au fur et à mesure que la prise en charge de cette maladie évolue. La plus grande proportion de dépenses directes en soins de santé pour les patients atteints de schizophrénie correspond depuis longtemps aux patients hospitalisés[11]. Le coût des médicaments d'ordonnance pour les antipsychotiques de deuxième génération dépasse pour la première fois les dépenses hospitalières et vient modifier cette tendance[19]. Les patients atteints de schizophrénie vivent plus longtemps et leur traitement est de plus en plus complexe à mesure que d'autres problèmes chroniques se développent[19]. Enfin, il reste à réaliser des études de grande envergure pour caractériser l'ensemble de cette population de patients.

Le coût de la prestation de soins de santé en Amérique du Nord continuant à augmenter, il est important de consigner l'évolution des tendances démographiques et des dépenses pour que l'analyse de l'efficience des dépenses demeure pertinente. Il est nécessaire d'améliorer notre connaissance des facteurs cliniques et sociodémographiques qui influencent les dépenses en soins de santé dans cette population de patients afin de déterminer quels domaines de la prise en charge des patients ont les plus grands effets potentiels sur les résultats pour la santé et la qualité de vie. Dans cette optique, nous avons mené une étude de population à l'aide de données administratives sur la santé de la province canadienne de l'Alberta afin de déterminer les facteurs associés à des coûts élevés chez les patients atteints de schizophrénie.

Méthodologie

Sources des données

Nous avons mené une étude transversale en série à l'aide de données administratives et cliniques de la province de l'Alberta (Canada) recueillies entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2017 (dix sections transversales d'un an). Ces données fournissent des renseignements sur les hospitalisations (Base de données sur les congés des patients), les visites à l'urgence (Système national d'information sur les soins ambulatoires), les factures des praticiens, le réseau de données pharmaceutiques (pour recueillir des renseignements sur les ordonnances des patients externes), le fichier du registre de la santé de la population et enfin les données de l'Alberta Vital Statistics (pour les renseignements sur la date du décès) tenus à jour par le ministère de la Santé de l'Alberta. Nous avons utilisé, pour choisir les ensembles de données, les travaux réalisés antérieurement par notre groupe de recherche[20].

Population à l'étude

Nous avons identifié les patients atteints de schizophrénie de 18 ans et plus à l'aide d'un algorithme validé de détermination des cas. La présence de schizophrénie a été définie comme suit : « 1 hospitalisation ou 2 demandes de remboursement par un médecin en deux ans ou moins associées à un code F20.X, F21.X, F23.2 ou F25.X de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) ou à un code "295.X" de la CIM-9 »[21-23]. Cet algorithme a une valeur prédictive positive reconnue de 87 % et une sensibilité de 87 %[21]. Les patients atteints de schizophrénie sont entrés dans la cohorte à la date où on leur a attribué leur premier code CIM propre à la schizophrénie et ont été suivis jusqu'à leur décès, leur départ du système de santé de l'Alberta ou au suivi de fin d'étude (31 décembre 2017).

Calcul des coûts

Le coût moyen par patient a été estimé pour chaque année civile de 2008 à 2017. L'information sur les microcoûts n'étant pas disponible à l'échelle provinciale, nous avons estimé les coûts des hospitalisations et des visites aux services d'urgence en utilisant les pondérations du volume des ressources (RIW) pour chaque rencontre multipliées par le coût moyen en Alberta d'une rencontre « type ». Les Instituts canadiens d'information sur la santé (ICIS) calculent les RIW annuelles en utilisant les codes de diagnostic les plus responsables de la CIM-10 pour définir les cas de maladie analogue à partir d'échantillons de patients[24]. L'utilisation des ressources par ces groupes est mesurée et utilisée pour déterminer l'utilisation moyenne des ressources pour un traitement complet, de l'admission au congé, dans un cas « type ». Cette valeur est ensuite pondérée pour tenir compte de l'utilisation accrue des ressources associée à une comorbidité et à des complications médicales supplémentaires. Il a été établi que les estimations des RIW offrent une bonne corrélation avec la norme de référence des micro-coûts[25].

Le coût des visites des médecins en consultation externe a été établi à partir du Health Schedule of Medical Benefits de l'Alberta. Les coûts des médicaments ont été estimés en multipliant par la quantité délivrée le coût correspondant à l'Alberta Drug Benefit List pour les médicaments.

Cette analyse des coûts a porté uniquement sur les dépenses directes en soins de santé. Les coûts non médicaux directs (transport et hébergement nécessaires pour se rendre à des rendez-vous médicaux, soins informels fournis par des soignants non rémunérés, soins formels fournis par des soignants professionnels, etc.) et les coûts non médicaux indirects (absentéisme au travail, retraite forcée en raison d'une maladie, etc.) ne peuvent pas être obtenus à partir des sources de données utilisées.

Pour faciliter la comparaison avec la littérature déjà publiée, un patient à coût élevé atteint de schizophrénie a été défini comme un patient dont les coûts de soins de santé annuels directs se situent au 95e percentile ou plus. La classification a été faite de manière indépendante pour chaque exercice entre 2008 et 2017[1,6,9,26].

Modèle comportemental de Gelberg-Andersen pour les populations vulnérables

Les facteurs de risque de l'état de patient à coût élevé sélectionnés pour cette étude reposent sur le modèle comportemental de Gelberg-Andersen pour les populations vulnérables[27]. Ce modèle utilise une approche holistique pour décrire les facteurs associés à l'utilisation des soins de santé[27]. Il comprend trois domaines, avec une attention particulière accordée à la vulnérabilité : les facteurs environnementaux (comme la géographie ou environnement social), les caractéristiques de la population (comme les facteurs prédisposants, facilitants et les besoins) et les comportements sanitaires (comme la recherche de soins spécialisés ou d'autres tendances dans l'accès aux soins de santé)[27]. Les variables tirées des sources

de données administratives provinciales ont été jumelées à ces domaines (tableau 1).

Données sur les patients et les ordonnances

Nous avons extrait les caractéristiques personnelles et cliniques de tous les patients des mêmes ensembles de données administratives, à savoir l'âge, le sexe et le code postal (pour établir la résidence en milieu urbain ou rural). Nous avons utilisé les données du recensement et les codes postaux pour calculer l'indice de défavorisation matérielle et sociale comme approximation du statut socioéconomique[28].

Les profils de comorbidité ont été déterminés à l'aide de 29 algorithmes de détermination des cas définis par Tonelli et al.[21]. Une mesure de substitution pour la stabilité du logement a été générée en effectuant une recherche dans les dossiers de soins de santé pour trouver des antécédents d'itinérance (code Z59 de la CIM-10) ou un code postal associé à un refuge.

Enfin, des renseignements annuels sur les ordonnances (Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique [ATC] et date de l'ordonnance) ont été obtenus pour chaque patient par l'entremise du Pharmaceutical Information Network de l'Alberta. Nous avons utilisé ces données pour déterminer le nombre de produits pharmaceutiques prescrits à chaque patient par année civile. Nous avons défini la polypharmacie comme la prescription de 5 à 9 médicaments différents et la polypharmacie extrême comme la prescription de 10 médicaments différents ou plus en une seule année. Cette définition est celle qui est le plus fréquemment utilisée dans la littérature[29].

Nous avons utilisé le numéro d'identification du médicament (DIN) de chaque médicament antipsychotique prescrit pour déterminer s'il a été administré par voie orale ou par injection. Les codes de demande de remboursement des médecins ont été utilisés pour déterminer la spécialité médicale associée aux soins. Nous avons produit une mesure de substitution du traitement de la comorbidité en comptant le nombre de spécialités différentes observées au cours de la période à l'étude, c'est-à-dire au-delà des soins reçus par des omnipraticiens et des psychiatres.

Modèles et analyse

Les caractéristiques individuelles et cliniques des patients ont été synthétisées à l'aide de moyennes et d'écarts-types, de médianes et d'intervalles interquartiles ou encore de proportions, selon les cas. La variable de résultat pour cette étude était la probabilité d'être un patient à coût élevé.

Nous avons construit des modèles en utilisant des équations d'estimation généralisées parce que ces dernières fournissent des estimations des effets de la moyenne de la population et qu'on a constaté qu'elles offraient des estimations robustes, même dans les cas où de l'incertitude entoure les structures de covariance[30]. Les probabilités d'être un patient à coût élevé ont été liées à des variables d'exposition au moyen d'un lien logit. Une matrice de covariance non structurée a été sélectionnée, étant donné le grand nombre d'observations disponibles et la possibilité d'améliorer l'ajustement du modèle en limitant les hypothèses liées à la structure de covariance des relations.

Nous avons élaboré des modèles de régression univariée pour chaque facteur et créé par la suite une matrice de corrélation pour évaluer la colinéarité. Après avoir vérifié l'absence de fortes corrélations entre les variables, nous avons utilisé une série de modèles pour estimer les associations entre les diverses expositions et la probabilité d'être un patient à coût élevé. Les modèles ont été générés de façon itérative à l'aide d'une approche de construction prospective pour assurer la convergence. Pour générer le modèle le plus parcimonieux, nous avons exclu les comorbidités associées à une valeur de p supérieure ou égale à 0,05. Une analyse de sensibilité nous a permis de comprendre les répercussions du choix des seuils pour les coûts élevés (à savoir les 90e et 99e centiles des dépenses en soins de santé).

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 16 de Stata (StataCorp LLC, College Station, Texas, États-Unis)[31]. Cette étude suit les directives de la déclaration REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected Data (RECORD)[32]. Le Conseil conjoint d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Calgary a approuvé cette étude et a accordé une dérogation au consentement du patient (REB16-1575).

TABLEAU 1
Variables utilisées pour la modélisation des coûts directs à partir du modèle comportemental de Gelberg-Andersen pour les populations vulnérables

Environnement	Caractéristiques de la population			Comportement sanitaire
	Caractéristiques prédisposantes	Ressources facilitantes	Besoins	
Système de soins de santé à payeur unique[a]	• Âge • Sexe • Défavorisation matérielle et sociale (statut socioéconomique) • Comorbidités	• Résidence urbaine ou rurale • Lien avec les soins primaires • Stabilité du logement	• Comorbidités • Durée de la maladie • Exposition au traitement • Exposition à la polypharmacie	• Rencontres avec des spécialistes • Rencontres avec des psychiatres • Rencontres avec des omnipraticiens

Source : Gelberg L, et al[27].

[a] Identique pour tous les patients.

Résultats

Cette étude a permis de recueillir 242 818 années-personnes d'observations correspondant à 38 177 patients adultes atteints de schizophrénie au cours de la période de dix ans visée par l'étude. Les hommes ont fourni 138 285 années-personnes d'observations et les femmes, 104 533 (voir le tableau 2). Sur ces 38 177 patients, 2 463 ont été définis comme des patients à coût élevé sur la base du percentile de 95 % des dépenses de santé (12 146 années-personnes).

Le seuil du percentile de 95 % pour les coûts variait, sur les 10 ans étudiés, entre 62 998 $ et 74 906 $ (dollars canadiens de 2017) en fonction de l'inflation, et les 5 % des patients à coût le plus élevé ont compté pour entre 47,4 % et 54,9 % des dépenses totales de la cohorte au cours d'une année donnée (données non présentées).

TABLEAU 2
Comparaison des patients adultes (18 ans et plus) à coût élevé et à coût non élevé atteints de schizophrénie selon les caractéristiques personnelles et cliniques

Caractéristiques	Années-personnes (n et %)		Nombre total d'années-personnes (n et % d'années-personnes de la cohorte)
	Coût élevé	Coût non élevé	
Tranche d'âge (ans)			
18 à 29	2404 (5,6)	40 246 (94,4)	42 650 (17,6)
30 à 39	1905 (4,0)	45 358 (96,0)	47 263 (19,5)
40 à 49	1844 (3,8)	46 869 (96,2)	48 713 (20,1)
50 à 59	2388 (4,6)	48 997 (95,4)	51 385 (21,2)
60 à 69	1818 (6,1)	27 939 (93,9)	29 757 (12,3)
70 à 79	1103 (8,0)	12 713 (92,0)	13 816 (5,7)
80 et plus	672 (7,5)	8341 (92,5)	9013 (3,7)
Sexe			
Homme	6613 (5,0)	131 672 (95,0)	138 285 (57,0)
Femme	5533 (5,3)	99 000 (94,7)	104 533 (43,1)
Stabilité du logement			
Logement instable	2220 (16,4)	11 291 (83,6)	13 511 (5,6)
Logement stable	9926 (4,3)	219 381 (95,7)	229 307 (94,4)
Défavorisation sociale manquante (pas d'adresse)	1408 (6,3)	20 960 (93,7)	22 368 (10,1)
Indice de défavorisation			
1er quartile (le moins défavorisé)	867 (4,4)	19 910 (95,6)	20 777 (9,4)
2e quartile	739 (4,1)	17 157 (95,9)	17 896 (8,1)
3e quartile	1235 (4,3)	27 478 (95,7)	28 713 (13,0)
4e quartile	2324 (5,0)	44 504 (95,0)	46 828 (21,2)
5e quartile (le plus défavorisé)	4328 (5,1)	79 716 (94,9)	84 044 (38,1)
Années depuis le diagnostic			
0 à 2 (1er quintile)	3873 (6,0)	60 467 (94,0)	64 340 (26,5)
3 à 5 (2e quintile)	1919 (4,2)	43 534 (95,8)	45 453 (18,7)
6 à 9 (3e quintile)	1753 (4,3)	39 477 (95,7)	41 230 (17,0)
10 à 15 (4e quintile)	2261 (4,7)	45 962 (95,3)	48 223 (19,9)
16 à 23 (5e quintile)	2340 (5,4)	41 232 (94,6)	43 572 (17,9)
Nombre de spécialistes consultés[a]			
0 (aucun)	603 (0,6)	93 945 (99,4)	94 548 (38,9)
1	1547 (3,1)	49 159 (96,9)	50 706 (20,9)
2	2135 (5,4)	37 411 (94,6)	39 546 (16,3)
3 ou plus	2340 (4,0)	41 232 (96,0)	58 018 (23,9)
Accès aux soins d'un omnipraticien ou d'un psychiatre			
Aucun omnipraticien ou psychiatre	13 (0,8)	1644 (99,2)	1657 (0,7)
Omnipraticien seulement	866 (1,0)	83 561 (99,0)	84 427 (34,8)
Psychiatre seulement	88 (0,6)	14 057 (99,4)	14 145 (5,8)
Omnipraticien et psychiatre	11 179 (7,8)	131 410 (92,2)	142 589 (58,7)
Nombre de médicaments prescrits			
0	1498 (3,8)	38 436 (96,2)	39 934 (16,5)
1 ou 2	907 (2,7)	32 543 (97,3)	33 450 (13,8)
3 à 5 (polypharmacie)	1641 (3,3)	48 626 (96,7)	50 267 (20,7)
6 ou plus (polypharmacie extrême)	8100 (6,8)	111 067 (93,2)	119 167 (49,1)
Ordonnance d'antipsychotique			
Aucune	6178 (3,9)	153 126 (96,1)	159 304 (65,6)
Antipsychotique oral	5837 (7,0)	77 008 (93,0)	82 845 (34,1)
Antipsychotique injectable	40 (16,8)	198 (83,2)	238 (0,1)
Antipsychotique oral et injectable	91 (26,8)	340 (73,2)	431 (0,2)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Comparaison des patients adultes (18 ans et plus) à coût élevé et à coût non élevé atteints de schizophrénie selon les caractéristiques personnelles et cliniques

Caractéristiques	Années-personnes (n et %)		Nombre total d'années-personnes (n et % d'années-personnes de la cohorte)
	Coût élevé	Coût non élevé	
Comorbidités			
Abus d'alcool	4893 (8,4)	58 302 (91,6)	63 195 (26,0)
Asthme	1658 (8,6)	17 279 (91,4)	18 937 (7,8)
Fibrillation auriculaire	878 (12,0)	6418 (88,0)	7296 (3,0)
Cancer (lymphome)	139 (16,0)	732 (84,0)	871 (0,4)
Cancer (métastatique)	377 (17,5)	1783 (82,5)	2160 (0,9)
Cancer (non métastatique)	582 (10,9)	4771 (89,1)	5353 (2,2)
Insuffisance cardiaque chronique	1570 (12,8)	10 722 (87,2)	12 292 (5,1)
Maladie rénale chronique	4612 (6,8)	62 744 (93,2)	67 356 (27,7)
Douleur chronique	2912 (7,8)	34 566 (92,2)	37 478 (15,4)
Maladie pulmonaire chronique	3595 (8,3)	39 735 (91,7)	43 330 (17,8)
Hépatite B virale chronique	48 (6,6)	679 (93,4)	727 (0,3)
Cirrhose	231 (21,1)	862 (78,9)	1093 (0,5)
Démence	3523 (10,9)	28 774 (89,1)	32 297 (13,3)
Dépression	9745 (8,4)	106 090 (91,6)	115 835 (47,7)
Diabète	3336 (7,6)	40 637 (92,4)	43 973 (18,1)
Épilepsie	1599 (7,9)	18 601 (92,1)	20 200 (8,3)
Hypertension	5349 (7,4)	66551 (92,6)	71900 (29,6)
Hypothyroïdie	2354 (7,4)	29 461 (92,6)	31 815 (13,1)
Maladie inflammatoire de l'intestin	250 (7,7)	2977 (92,3)	3227 (1,3)
Syndrome du côlon irritable	727 (8,0)	8323 (92,0)	9050 (3,7)
Sclérose en plaques	312 (10,1)	2762 (89,9)	3074 (1,3)
Infarctus du myocarde	285 (8,5)	3074 (91,5)	3359 (1,4)
Maladie de Parkinson	1028 (10,0)	9300 (90,0)	10 328 (4,3)
Ulcère gastroduodénal	183 (23,6)	592 (76,4)	775 (0,3)
Maladie vasculaire périphérique	258 (10,0)	2310 (90,0)	2568 (1,1)
Psoriasis	210 (6,7)	2907 (93,3)	3117 (1,3)
Accident vasculaire cérébral	1813 (9,8)	16 742 (90,2)	18 555 (7,6)
Polyarthrite rhumatoïde	457 (9,5)	4377 (90,5)	4834 (2,0)
Constipation sévère	1287 (15,8)	6879 (84,2)	8166 (3,4)

[a] À l'exclusion des omnipraticiens et des psychiatres.

Les années-personnes d'exposition n'étaient pas réparties également entre les patients à coût élevé et les patients à coût non élevé. Par exemple, les patients à coût élevé comptaient pour 16,4 % des années-personnes passées dans un logement instable. Les patients plus âgés ont aussi été comptabilisés dans une proportion plus importante dans le groupe des patients à coût élevé. Les 29 comorbidités évaluées étaient surreprésentées dans le groupe des patients à coût élevé (voir le tableau 2).

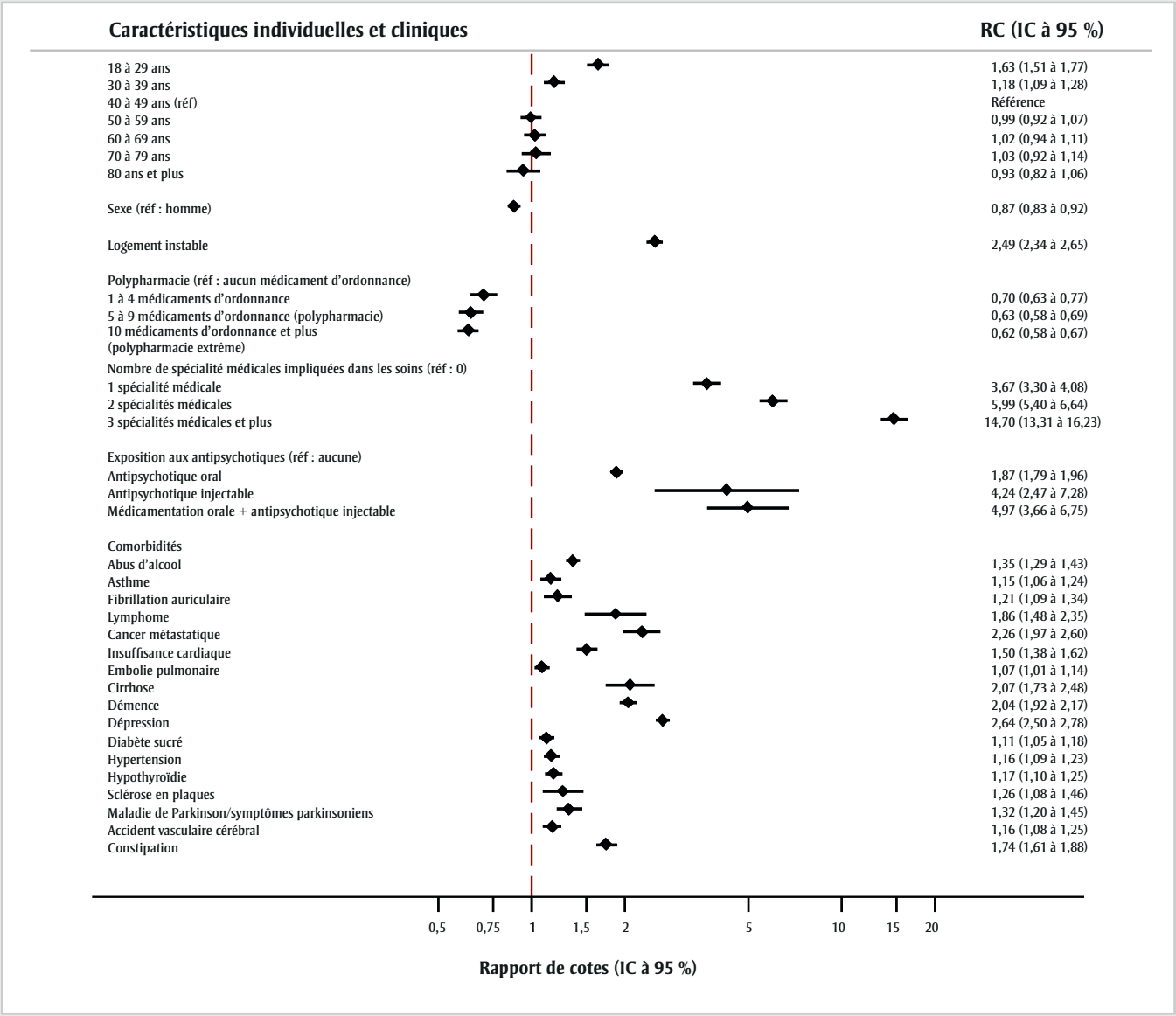
La plupart des facteurs relevés dans le modèle comportemental de Gelberg-Andersen pour les populations vulnérables[27] ont été jugés importants dans notre analyse univariée. Parmi les exceptions notables se trouvaient la résidence rurale/urbaine d'une personne et le nombre de visites à des omnipraticiens et à des psychiatres (données disponibles sur demande auprès des auteurs).

Plusieurs tendances sont ressorties de l'analyse multivariée (voir la figure 1). Les probabilités estimées d'être un patient à coût élevé étaient les plus élevées chez les patients de 18 à 29 ans (RC = 1,63; IC à 95 % : 1,51 à 1,77; $p < 0{,}01$) comparativement à ceux de 40 à 49 ans. Les femmes atteintes de schizophrénie avaient moins de probabilités d'être à coût élevé que les hommes (RC = 0,87; IC à 95 % : 0,83 à 0,92; $p < 0{,}01$). La probabilité d'être un patient à coût élevé en cas de logement instable était 2,49 fois plus élevée qu'en cas de logement stable (IC à 95 % : 2,34 à 2,65; $p < 0{,}01$).

L'augmentation du nombre de médicaments d'ordonnance a été associée à une diminution de la probabilité que le patient soit à coût élevé. Les patients classés comme ayant une polypharmacie extrême (10 médicaments d'ordonnance différents ou plus) étaient environ 0,62 fois moins susceptibles d'être à coût élevé que les patients sans médicaments d'ordonnance (IC à 95 % : 0,58 à 0,67; $p < 0{,}01$). Les patients qui recevaient des formulations d'antipsychotiques à la fois injectables et orales étaient associés à la probabilité estimée la plus élevée d'être à coût élevé (RC = 4,97; IC à 95 % : 3,66 à 6,75; $p < 0{,}01$).

Dans le modèle de régression, la plus grande différence dans les probabilités d'être un patient à coût élevé a été

FIGURE 1
Associations conditionnelles pour la catégorie « coût élevé » chez les patients adultes (18 ans et plus) atteints de schizophrénie



Abréviations : IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes; réf, référence.

observée chez les patients ayant reçu des soins de trois spécialités médicales ou plus comparativement à ceux n'ayant pas reçu de soins spécialisés (à l'exclusion des omnipraticiens et des psychiatres). Le rapport de cotes estimatif était de 14,70 (IC à 95 % : 13,31 à 16,23; $p < 0{,}01$). L'augmentation de la contribution de spécialités médicales a fait augmenter la probabilité d'être un patient à coût élevé (voir la figure 1).

Parmi les comorbidités évaluées, les probabilités les plus élevées d'être un patient à coût élevé (par rapport aux patients sans comorbidité d'intérêt) étaient associées à un cancer métastatique (RC = 2,26; IC à 95 % : 1,97 à 2,60; $p < 0{,}01$), à une cirrhose (RC = 2,07; IC à 95 % : 1,73 à 2,48; $p < 0{,}01$) et à un lymphome (RC = 1,86; IC à 95 % : 1,48 à 2,35; $p < 0{,}01$). Cependant, d'autres troubles de santé mentale ont également été classés comme étant élevés parmi les comorbidités. La dépression a été associée à un rapport de cotes de 2,63 (IC à 95 % : 2,50 à 2,78; $p < 0{,}01$) et la démence avec un rapport de cotes de 2,04 (IC à 95 % : 1,92 à 2,17; $p < 0{,}01$).

Les analyses de sensibilité utilisant le 90e et celles utilisant le 99e centile pour les « coûts élevés » ont produit des résultats semblables (disponibles sur demande auprès des auteurs).

Analyse

À l'aide de 10 années de données administratives sur la santé recueillies auprès de patients atteints de schizophrénie en Alberta (Canada), nous avons relevé plusieurs associations notables entre la probabilité d'être un patient à coût élevé et certaines caractéristiques personnelles, la complexité médicale sous-jacente et les soins reçus. Bon nombre de ces facteurs sont pertinents sur le plan des politiques

et nécessitent une analyse des moyens selon lesquels les stratégies de gestion actuelles peuvent être adaptées pour améliorer les résultats pour la santé tout en tenant compte de la viabilité du système de santé.

Nous avons constaté que les patients plus jeunes atteints de schizophrénie (18 à 29 ans) étaient plus susceptibles d'être des patients à coûts élevés. Le niveau élevé de besoins en soins de santé chez les patients plus jeunes et nouvellement diagnostiqués atteints de schizophrénie est bien établi. Nicholl et al.[33] ont observé un fardeau économique considérablement plus élevé dans l'année suivant le traitement d'un premier épisode psychotique par rapport aux patients chroniques. De même, Jin et al.[34] ont signalé que, comparativement aux patients plus âgés, les patients plus jeunes atteints de schizophrénie présentaient des taux plus élevés d'utilisation des services pour cinq des six catégories de services évaluées (patients hospitalisés, salle d'urgence, maison de crise, patients externes et traitement de jour).

La détection précoce de la schizophrénie, qui donne aux patients et aux cliniciens plus de temps pour éviter les conséquences graves associées au développement de la psychose, pourrait contrer cette association avec l'âge. La schizophrénie est souvent identifiée pour la première fois au début de l'âge adulte, avec l'apparition de la psychose[12]. Or une série de facteurs de risque détectables à la naissance ou pendant l'enfance permet d'identifier les enfants à risque : des antécédents familiaux de schizophrénie, la présence du syndrome de la délétion 22q11,2 (ou plusieurs autres variations du nombre de copies de gènes) et la manifestation infantile de symptômes psychotiques transitoires[35]. Sommer et al.[35] ont laissé entendre que l'on pourrait réaliser des gains d'efficacité en matière de soins de santé en offrant des interventions ciblées aux enfants présentant ces facteurs de risque. Parmi les interventions prometteuses se trouvent celles qui s'attaquent à la maturation sous-optimale des voies neuronales pendant l'enfance (traitement avec des antagonistes de neurotransmetteurs et supplémentation alimentaire), la réduction des facteurs environnementaux défavorables pendant l'enfance par le recours à une formation en compétences sociales et des interventions précoces pour prévenir la consommation de drogues et enfin l'amélioration de la résilience grâce à la remédiation cognitive et à la formation axée sur les exercices[35].

Cette association entre l'âge et un coût élevé renforce la valeur d'une détection précoce de la schizophrénie. Il existe en Alberta des programmes d'intervention en cas de premier épisode ou de psychose précoce et nos résultats montrent que certains patients pourraient bénéficier de l'élargissement de ces programmes.

L'apparition précoce de la schizophrénie a des conséquences profondes, car elle se produit souvent au cours d'années critiques. La schizophrénie a souvent une incidence sur le niveau de scolarité, le développement professionnel et les relations personnelles du patient[12]. De ce fait, l'itinérance est courante chez ces patients. Cette situation est préoccupante, car la situation de vie d'un patient a une incidence sur sa capacité à accéder à des traitements et à des soins de santé. Notre travail a permis de montrer qu'il existe une association étroite entre le fait d'être mal logé (notre mesure substitut de l'itinérance) et être un patient à coût élevé.

Nous avons déjà déterminé que de nouvelles formulations antipsychotiques peuvent être associées à une réduction des coûts d'hospitalisation[19]. Cependant, ces traitements ne peuvent pas aider une personne qui n'y a pas accès de façon constante. Bien que cette recherche soit axée sur les coûts de soins de santé directs, l'investissement dans des initiatives de logement avec services de soutien, comme les politiques « Logement d'abord », qui visent à placer les patients en santé mentale dans un logement stable le plus rapidement possible, peut constituer un moyen important d'améliorer les résultats et l'efficience des dépenses en soins de santé. Dans une étude pilote canadienne, les participants au programme At Home/Chez Soi randomisés pour recevoir une intervention de Logement d'abord ont pu obtenir un logement stable beaucoup plus rapidement que le groupe témoin suivant le traitement habituel[36]. La stabilité du logement a des retombées importantes pour les patients atteints de schizophrénie qui sont sans-abri, et nous croyons que l'accès précoce à ce type de soutien chez les patients plus jeunes peut changer de façon marquée la trajectoire de leur maladie et leur qualité de vie. Par ailleurs, les ratios entre prix des logements et revenu continuent d'augmenter et les Canadiens à faible revenu, âgés et célibataires sont de plus en plus exclus du marché du logement[37]. Il faut faire des efforts pour éviter que les patients atteints de schizophrénie soient laissés pour compte.

Les patients atteints de schizophrénie dépendent fortement de la gestion pharmaceutique de leurs symptômes. Contrairement à nos hypothèses, nous avons constaté une association négative entre la probabilité d'être un patient coûteux et le nombre de médicaments d'ordonnance, la plus forte réduction des probabilités étant observée chez ceux ayant une polypharmacie extrême (10 médicaments ou plus prescrits en une année). La réduction des risques pour les personnes avec polypharmacie peut être fonction d'une meilleure prise en charge de la comorbidité et d'une approche plus active pour trouver des options de traitement antipsychotique efficaces tout en réduisant au minimum les effets secondaires du traitement. Par ailleurs, différents profils de polypharmacie peuvent être associés de façon différente à la probabilité d'être un patient à coût élevé. Compte tenu de cette incertitude, il est nécessaire d'explorer davantage cette tendance.

La comorbidité sous-jacente est aussi un facteur important à prendre en considération lorsqu'on discute des coûts médicaux élevés. Sur les 29 comorbidités évaluées, 17 étaient associées à une probabilité accrue d'être un patient à coût élevé. Nous avons observé que les troubles neurologiques et de santé mentale comme la démence et la dépression étaient fortement associés à un état de coût élevé. Les problèmes de santé concomitants sont souvent négligés pendant le traitement des patients atteints de schizophrénie[38]. Or la force de ces associations rappelle qu'un diagnostic de schizophrénie chez un patient ne doit pas éclipser son besoin de prise en charge et de prévention des nombreux troubles comorbides associés à cette population. Comme c'est le cas pour de nombreuses affections médicales, l'amélioration de la coordination des soins et des liens entre les spécialités médicales peut grandement contribuer à l'amélioration des résultats pour les patients et mener à une réduction des dépenses totales.

Bien que la prise en compte de chaque morbidité aide à améliorer notre compréhension des conditions qui contribuent aux dépenses élevées en soins de santé, elle ne fournit pas un tableau complet. La multimorbidité chez les patients atteints de schizophrénie est courante et certaines études estiment qu'elle se produit de deux à trois fois plus souvent que dans la population en général[39]. Bien que nous n'ayons pas évalué la multimorbidité directement dans nos modèles, nous avons inclus de l'information sur le nombre de spécialités médicales différentes mises à contribution dans les soins d'un patient. Un nombre accru de spécialités médicales correspond à l'association la plus forte avec la probabilité de coûts élevés. Il se peut que le niveau de participation des spécialistes soit un indicateur du niveau de complexité médicale au sein de cette population. Cela laisse entendre que les interventions visant à aborder la complexité médicale des patients conduiraient à une augmentation de l'efficience des soins de santé.

Bien qu'elle ne porte pas spécifiquement sur la schizophrénie, la Lancet Psychiatry Commission sur la protection de la santé physique des personnes vivant avec une maladie mentale a élaboré un plan détaillé d'intervention pour les personnes risquant de développer une maladie mentale, les patients qui reçoivent leur premier traitement et ceux qui reçoivent des soins en continu[40]. Il est possible de réduire la complexité médicale en améliorant l'intégration entre les soins de santé physique et mentale, en offrant des interventions de formation pour réduire la dissimulation diagnostique et en étudiant plus à fond l'atténuation des effets à long terme des antipsychotiques[40].

Forces et limites

L'un des points forts de cette étude est l'utilisation de données administratives fondées sur la population, qui permettent une évaluation complète du sous-ensemble de patients atteints de schizophrénie qui engagent des coûts directs élevés en soins de santé. Nous avons été en mesure de saisir 12 146 années-personnes d'exposition relevant de 2 463 patients ayant été jugés à coût élevé sur une période de 10 ans. Cette information nous a permis de fournir des estimations pour un ensemble diversifié de variables individuelles, systémiques et liées au traitement associées à l'utilisation des soins de santé et aux dépenses en soins de santé.

L'utilisation des données administratives pour cette enquête comporte certaines limites inévitables. Premièrement, comme les données n'ont pas été recueillies spécifiquement pour cette enquête, nous avons utilisé des variables indirectes. Par exemple, un algorithme pour identifier l'itinérance dans les données administratives a récemment été mis au point en Ontario[41]. Cet algorithme s'appuie sur les données du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), qui fournit des renseignements détaillés sur l'utilisation des services de santé mentale dont on ne dispose pas en Alberta. Par conséquent, nous avons utilisé un algorithme adapté qui, selon nous, a une spécificité élevée, mais qui peut néanmoins sous-estimer le lien entre l'itinérance et le fait de relever de la catégorie « à coût élevé ».

Deuxièmement, les coûts sociaux et indirects associés à la schizophrénie (absentéisme, congés de maladie, baisse de la productivité au travail chez les patients et les soignants, chômage, incapacité permanente et perte de productivité en raison d'un décès prématuré) n'étaient pas disponibles dans ces ensembles de données. Comme on estime que les coûts indirects associés à la schizophrénie représentent entre 50 % et 85 % des coûts totaux[42], l'absence de cette information a limité notre capacité à quantifier le coût total attribuable à la schizophrénie ou le rôle que pourraient jouer les programmes de soutien communautaire sur les tendances observées.

Malgré cela, nous croyons que notre description des associations entre les divers facteurs liés aux patients et aux soins et la probabilité d'être un patient à coût élevé atteint de schizophrénie saisit une dynamique importante, qui peut aider à éclairer les approches fondées sur des données probantes visant à améliorer les résultats pour les patients et conduire à des économies.

Nos constatations ne sont peut-être pas généralisables à d'autres pays étant donné le système de soins de santé à payeur unique du Canada, mais elles semblent généralisables à d'autres provinces canadiennes. Par exemple, de Oliveira et al.[8] ont constaté une association semblable entre l'état des coûts élevés et l'âge chez les patients atteints de schizophrénie en Ontario et Rais et al.[43] ont signalé une répartition semblable des coûts entre les patients à coûts élevés et la population générale en Ontario.

Enfin, notre travail vise à combler une lacune importante en analysant des données qui ne dépendent pas des pressions de sélection de l'échantillon associées aux cliniques et qui sont donc davantage représentatives de la population réelle de patients ayant accès aux services de santé.

Conclusion

Les données présentées ici donnent à penser que les facteurs individuels, les facteurs structurels et les facteurs liés au traitement jouent tous un rôle dans la détermination de dépenses de santé élevées chez les patients atteints de schizophrénie. Ces travaux confirment plusieurs associations rapportées dans la littérature et soulignent que la complexité médicale sous-jacente et la prise en charge subséquente de la multimorbidité jouent un rôle important dans le sous-ensemble de patients qui dominent les dépenses en soins de santé. Nous espérons que ces conclusions mèneront à des analyses poussées et éclaireront les discussions stratégiques sur l'affectation des ressources et les efforts à long terme visant à réduire les dépenses en santé tout en améliorant les soins pour les patients atteints de schizophrénie.

Remerciements

Ce travail est appuyé par une subvention de fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et repose en partie sur des données fournies par Santé Alberta et les Services de santé de l'Alberta.

Conflits d'intérêts

Aucun

Contributions des auteurs et avis

Conception : AS, PR et SP. Méthodologie : AS, PR et SP. Logiciels : AS et JW. Validation : JW. Analyse structurée : AS et PR. Chercheur : AS. Ressources : PR. Responsable de la collecte de données : JW. Rédaction de la version originale : AS. Rédaction, correction et révisions : AS, PR, SP, TW et KF. Création de figures : AS.

Supervision : PR and SP. Gestion de projet : AS. Financement : PR.

L'interprétation et les conclusions sont celles des chercheurs et ne représentent pas le point de vue du gouvernement de l'Alberta; ni le gouvernement de l'Alberta ni le ministère de la Santé de l'Alberta ne se sont prononcés sur cette étude.

Le contenu et les points de vue exprimés dans cet article sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Berk ML, Monheit AC. The concentration of health care expenditures, revisited. Health Aff (Millwood). 2001;20(2):9-18. https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.2.9

2. Forget EL, Roos LL, Deber RB, Randy Walld. Variations in lifetime healthcare costs across a population. Healthc Policy. 2008;4(1):e148-76.

3. Riley GF. Long-term trends in the concentration of Medicare spending. Health Aff (Millwood). 2007;26(3):808-816. https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.3.808

4. Zook CJ, Moore FD. High-cost users of medical care. New Engl J Med. 1980;302(18):996-1002. https://doi.org/10.1056/NEJM198005013021804

5. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Jeffrey Selberg J. Caring for high-need, high-cost patients—an urgent priority. New Engl J Med. 2016;375(10):909-911. https://doi.org/10.1056/NEJMp1608511

6. Wodchis WP, Austin PC, Henry DA. A 3-year study of high-cost users of health care. CMAJ. 2016;188(3):182-188. https://doi.org/10.1503/cmaj.150064

7. Wammes JJ, van der Wees PJ, Tanke MA, Westert GP, Jeurissen PP. Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. BMJ Open. 2018;8(9):e023113. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023113

8. de Oliveira C, Cheng J, Vigod S, Rehm J, Kurdyak P. Patients with high mental health costs incur over 30 percent more costs than other high-cost patients. Health Aff (Millwood). 2016;35(1):36-43. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0278

9. Wick J, Hemmelgarn B, Manns B, et al. Comparison of methods to define high use of inpatient services using population-based data. J Hosp Med. 2017;12(8):596-602. https://doi.org/10.12788/jhm.2778

10. James SL, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1789-1858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7

11. Goeree R, Farahati F, Burke N, et al. The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. Curr Med Res Opin. 2005;21(12):2017-2028. https://doi.org/10.1185/030079905X75087

12. Maj M, Sartorius N. Schizophrenia, 2nd ed. Chichester (UK): Wiley; 2003.

13. McCrone P, Thornicroft G, Parkman S, Nathaniel-James D, Ojurongbe W. Predictors of mental health service costs for representative cases of psychosis in south London. Psychol Med. 1998;28(1):159-164. https://doi.org/10.1017/S0033291797005692

14. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9(1):465-497. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620

15. Wang Y, Iyengar V, Hu J, et al. Predicting future high-cost schizophrenia patients using high-dimensional administrative data. Front Psychiatry. 2017;8:114. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00114

16. Salize HJ, Rössler W. The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community: a cost evaluation from a German catchment area. Br J Psychiatry. 1996;169(1):42-8. https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.42

17. Knapp M, Beecham J. Costing mental health services. Psychol Med. 1990;20(4):893-908. https://doi.org/10.1017/S003329170003659X

18. Beecham J, Knapp M, Fenyo A. Costs, needs, and outcomes. Schizophr Bull. 1991;17(3):427-439. https://doi.org/10.1093/schbul/17.3.427

19. Stewart AJ, Patten SB, Fiest KM, Williamson TS, Wick JP, Ronksley PE. 10-year trends in healthcare spending among patients with schizophrenia in Alberta, Canada. Can J Psychiatry. 2022;7067437221082885. https://doi.org/10.1177/07067437221082885

20. Hemmelgarn BR, Clement F, Manns BJ, et al. Overview of the Alberta kidney disease network. BMC Nephrol. 2009;10(1):1-7. https://doi.org/10.1186/1471-2369-10-30

21. Tonelli M, Wiebe N, Fortin M, et al. Methods for identifying 30 chronic conditions: application to administrative data. BMC Med Inform Decis Mak. 2016;15(31):1-11. https://doi.org/10.1186/s12911-015-0155-5

22. Lurie N, Popkin M, Dysken M, Moscovice I, Finch M. Accuracy of diagnoses of schizophrenia in Medicaid claims. Psychiatr Serv. 1992;43(1):69-71. https://doi.org/10.1176/ps.43.1.69

23. Moscovice I, Finch M, Lurie N. Minnesota: plan choice by the mentally ill in Medicaid prepaid health plans. Adv Health Econ Health Serv Res. 1989;10:265-278.

24. Canadian Institutes for Health Information (CIHI). Resource Intensity Weights: Summary of Methodology 1995/96. Ottawa (Ont.) : CIHI; 1995.

25. Clement FM, Ghali WA, Donaldson C, Manns BJ. The impact of using different costing methods on the results of an economic evaluation of cardiac care: microcosting vs gross-costing approaches. Health Econ. 2009;18(4):377-388. https://doi.org/10.1002/hec.1363

26. Ronksley PE, McKay JA, Kobewka DM, Mulpuru S, Forster AJ. Patterns of health care use in a high-cost inpatient population in Ottawa, Ontario: a retrospective observational study. CMAJ Open. 2015;3(1):E111-118. https://doi.org/10.9778/cmajo.20140049

27. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. Health Serv Res. 2000;34(6): 1273-1302.

28. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. Maladies chroniques au Canada. 2009;29(4):199-213. https://doi.org/10.24095/hpcdp.29.4.05f

29. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017;17(1):1-10. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2

30. Huang FL. Analyzing cross-sectionally clustered data using generalized estimating equations. J Educ Behav Stat. 2022;47(1):101-125. https://doi.org/10.3102/10769986211017480

31. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 16. College Station (TX): StataCorp LLC; 2019.

32. Benchimol EI, Smeeth L, Guttmann A, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement. PLoS Med. 2015; 12(10):e1001885. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001885

33. Nicholl D, Akhras KS, Diels J, Schadrack J. Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: healthcare utilisation and cost perspective. Curr Med Res Opin. 2010;26(4):943-955. https://doi.org/10.1185/03007991003658956

34. Jin H, Folsom DP, Lindamer L, et al. Patterns of public mental health service use by age in patients with schizophrenia. Am J Geriatr Psychiatry. 2003;11(5):525-533. https://doi.org/10.1097/00019442-200309000-00007

35. Sommer IE, Bearden CE, Van Dellen E, et al. Early interventions in risk groups for schizophrenia: what are we waiting for? NPJ Schizophr. 2016;2:16003. https://doi.org/10.1038/npjschz.2016.3

36. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing first for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the At Home—Chez Soi demonstration project. Can J Psychiatry. 2015;60(11):467-474. https://doi.org/10.1177/070674371506001102

37. Cheong TS, Li J. Transitional distribution dynamics of housing affordability in Australia, Canada and USA. Int J Housing Mark Anal. 2018;11(1):204-222. https://doi.org/10.1108/IJHMA-01-2017-0003

38. Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical comorbidity in schizophrenia. Schizophr Bull. 1996; 22(3):413-430. https://doi.org/10.1093/schbul/22.3.413

39. Stubbs B, Koyanagi A, Veronese N, et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low-and middle-income countries. BMC Med. 2016;14(1):1-12. https://doi.org/10.1186/s12916-016-0734-z

40. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry. 2019;6(8):675-712. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4

41. Richard L, Hwang SW, Forchuk C, et al. Validation study of health administrative data algorithms to identify individuals experiencing homelessness and estimate population prevalence of homelessness in Ontario, Canada. BMJ Open. 2019;9(10):e030221. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030221

42. Chong HY, Teoh SL, Wu DB-C, Kotirum S, Chiou C-F, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:357-373. https://doi.org/10.2147/NDT.S96649

43. Rais S, Nazerian A, Ardal S, Chechulin Y, Bains N, Malikov K. High-cost users of Ontario's healthcare services. Healthc Policy. 2013; 9(1):44.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.03f

Commentaire

Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies

Bernard C. K. Choi, Ph. D. (1,2,3); Arlene S. King, M.D., M. Sc. S. (1); Kathryn Graham, Ph. D. (1,4); Rose Bilotta, M.D., M. Sc. S. (1); Peter Selby, MBBS, M. Sc. S. (1,4,5,6); Bart J. Harvey, M.D., Ph. D. (1); Neeru Gupta, M.D., Ph. D. (1,7,8); Shaun K. Morris, M.D., M.S.P. (1,9,10); Eric Young, M.D., M. Sc. S. (1,3); Pierrette Buklis, M. Sc. S., R.D. (1); Donna L. Reynolds, M.D., M. Sc. (1,5); Beth Rachlis, Ph. D. (1,11); Ross Upshur, M.D., M. Sc., M.A. (1,5,12)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Une collaboration efficace et soutenue entre cliniciens et professionnels en santé publique peut améliorer la santé des individus et la santé de la population. Le concept de santé publique clinique favorise cette collaboration entre médecine clinique et santé publique et permet de relever des défis complexes en matière de santé.

Dans ce commentaire, nous décrivons le concept de santé publique clinique, les types de problèmes complexes qui nécessitent une collaboration entre les professionnels responsables de la santé des individus et ceux responsables de la santé de la population, de même que les obstacles à la santé publique clinique et les applications de la santé publique clinique qui ont émergé pendant la pandémie de COVID-19.

Argumentaire. Il existe une complémentarité entre la médecine clinique, qui est axée sur la santé des individus, et la santé publique, qui est axée sur la promotion et la protection de la santé des populations. Une collaboration entre ces deux disciplines est nécessaire pour résoudre les problèmes de santé complexes. Pour ce faire, toutefois, il convient de s'attaquer aux obstacles relatifs aux disciplines, ainsi qu'aux obstacles culturels et financiers qui empêchent une collaboration accrue et durable en la matière. Les succès récents, particulièrement durant la pandémie de COVID-19, constituent un modèle de collaboration de ce type entre cliniciens et praticiens en santé publique.

Conclusion. Une approche en matière de santé publique qui favorise une collaboration permanente entre cliniciens et professionnels en santé publique pour lutter contre des menaces sanitaires complexes aura plus d'impact que la somme de ses parties.

Mots-clés : *médecine clinique, santé publique, collaboration multidisciplinaire, maladie, santé, santé de la population, problème pernicieux, mégatendance, syndémie*

Introduction

La médecine clinique et la santé publique sont considérées comme des disciplines distinctes, qui se concentrent respectivement sur la santé des individus et sur la santé de la population. Les défis complexes en matière de santé, comme ceux récemment posés par la pandémie de COVID-19, soulignent l'importance d'une collaboration plus efficace et soutenue entre les deux disciplines afin de réduire la morbidité et la mortalité, et cette collaboration favoriserait les initiatives en matière de recherche, de pratique et d'élaboration de politiques.

Notre étude empirique précédente indique que des liens plus étroits entre médecine clinique et santé publique peuvent conduire à de nouvelles possibilités de recherche et de formation et fournit le cadre nécessaire pour une collaboration et une coordination soutenues entre les deux disciplines[1]. Elle décrit également l'origine du terme « santé publique clinique » et en fait un bref historique[1].

Pour les besoins de ce commentaire, nous définissons la « santé publique clinique »

Rattachement des auteurs :

1. Division de santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
4. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto/London (Ontario), Canada
5. Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
7. Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
8. Keenan Research Centre for Biomedical Science, Hôpital St. Michael's, Unity Health Toronto, Toronto (Ontario), Canada
9. Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
10. Division des maladies infectieuses, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
11. ICES, Toronto (Ontario), Canada
12. Lunenfeld Tanenbaum Research Institute, Sinai Health System, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Bernard C. K. Choi, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, I.A. 6806A, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; courriel : bernard.choi@phac-aspc.gc.ca
Ross Upshur, Division de santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, 678-155, rue College, Toronto (Ontario) M5T 3M7; courriel : ross.upshur@gmail.com

comme une collaboration structurée et systématique entre cliniciens et professionnels en santé publique dans la poursuite d'objectifs communs en matière de santé. Nous avançons que la concrétisation, l'adoption et la promotion du concept de santé publique clinique peuvent faciliter la collaboration interdisciplinaire nécessaire à l'amélioration de la santé de tous.

Les professionnels en santé publique et ceux en santé clinique travaillent déjà ensemble pour optimiser la santé des individus et la santé de la population dans divers domaines, comme la promotion de la santé et comme la surveillance et la prévention des maladies, de même que la lutte contre celles-ci. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, on compte notamment comme exemples de cette collaboration l'élaboration des stratégies de dépistage et les projections mathématiques concernant le nombre de cas, les hospitalisations et les décès, ce qui concerne à la fois la santé de la population et l'accès aux services cliniques et hospitaliers. Il y a eu des appels à améliorer la collaboration entre les soins primaires et la santé publique, ce qui a donné des résultats[2-3], mais ces efforts n'en sont encore qu'à des stades préliminaires. Comme l'illustre la pandémie de COVID-19, les défis complexes en matière de soins cliniques et de santé publique exigent des solutions qui dépassent la portée de la médecine clinique seule ou de la santé publique seule.

La médecine clinique et la santé publique sont des sciences sœurs

Dans la mythologie grecque, la médecine curative et la promotion de la santé étaient deux domaines distincts de la médecine, mais étroitement apparentés[4] : Panacée (la déesse des traitements) et Hygie (la déesse de la prévention et du bien-être) étaient des filles d'Asclépios (le dieu de la médecine)[4]. En 1938, Paul a avancé que la médecine curative et la médecine préventive étaient des « sciences sœurs » et qu'elles étaient toutes deux engagées dans la poursuite du même programme thérapeutique[5].

Malgré la distinction fondamentale selon laquelle le patient, en médecine clinique, est un individu alors que le patient/client, en santé publique, est une population dans son ensemble, il existe des similitudes en ce qui concerne les fonctions qui sont au cœur de ces sciences sœurs[6,7] (voir le tableau 1). La nature similaire des ces fonctions offre un fondement sur lequel s'appuyer pour collaborer dans la discipline combinée que constitue la santé publique clinique.

Pour une santé publique clinique : argumentaire

On entend par problèmes de santé complexes les problèmes pernicieux, les mégatendances et les syndémies. Les problèmes pernicieux n'ont pas de formulation définitive, pas de règle d'arrêt, pas de test pouvant s'appliquer aux solutions et pas d'ensemble énumérable de solutions. Ils ne permettent pas l'apprentissage par essai-erreur. Ils sont uniques, constituent les symptômes d'autres problèmes, sont explicables de nombreuses façons, ne sont pas de type « vrai ou faux » et ont d'immenses conséquences[8]. Le changement climatique et l'épidémie d'obésité en sont des exemples[9].

Les mégatendances sont des changements d'envergure qui se développent lentement (souvent sur des décennies) et qui, une fois établis, ont des répercussions à grande échelle qui sont difficiles, voire impossibles, à renverser[10-12]. Les effets sociaux et physiques d'une connectivité omniprésente en constituent un exemple.

La notion de syndémie, ou d'épidémie synergique, implique deux maladies ou plus (par exemple maladie infectieuse et maladie chronique) qui aggravent mutuellement le pronostic qui leur est associé et qui entraînent une vulnérabilité accrue à des déterminants négatifs de la santé[13]. La syndémie « toxicomanie, violence et VIH/sida » [SAVA] en est un exemple[14].

La pandémie de COVID-19 est un exemple de problème pernicieux qui a de graves conséquences sanitaires, sociales et économiques. Il s'agit également d'une mégatendance ayant des répercussions de grande envergure sur la santé[15], lesquelles peuvent devenir incontrôlables au fil du temps et causer des effets insidieux et profonds – que l'on appelle « la COVID longue » – qui touchent les individus, les familles et le système de santé[16]. La coexistence et les interactions de la COVID-19 avec certaines maladies chroniques et les inégalités sociales et économiques en font également une syndémie[17,18].

La gravité de la pandémie de COVID-19 a conduit à une collaboration soutenue entre les cliniciens et les professionnels en santé publique, ce qui n'a pas toujours été le cas pour d'autres problèmes sanitaires. On peut penser que la reconnaissance officielle de cette collaboration et la promotion de la coordination des activités qui partagent des objectifs communs dans le cadre du concept de santé publique clinique peuvent faciliter l'élaboration de solutions significatives pour résoudre d'autres problèmes de santé complexes, grâce à des approches conjointes en matière d'élaboration de politiques, d'éducation, de recherche, de prestation de services de santé ainsi que de formation des cliniciens et des professionnels en santé publique.

Concrétisation de la vision d'une santé publique clinique

Les cliniciens et les professionnels en santé publique doivent surmonter les obstacles idéologiques et structurels qui entravent leur collaboration. Par exemple, l'accent mis sur la relation médecin-patient en médecine clinique peut limiter la prise en compte des objectifs et des

TABLEAU 1
Comparaison des fonctions au cœur de la médecine clinique et de la santé publique

Fonctions au cœur de la médecine clinique[6]	Fonctions au cœur de la santé publique[7]
Évaluation de la santé des individus	Évaluation de la santé de la population
Distinction entre « état malade » et « état sain »	Surveillance de la santé
Soin des malades, notamment aider les individus à faire face à la maladie	Protection de la santé
Guérir la maladie, dans la mesure du possible	Promotion de la santé
Prévention des maladies	Prévention des maladies et des blessures
(Sous-entendu : soins d'urgence pour les personnes gravement malades, ou médecine d'urgence)[a]	Préparation et intervention en cas d'urgence

[a] Bien que la médecine clinique englobe la « médecine d'urgence », cette dernière n'est pas répertoriée dans Childs[6].

fonctions liés à la santé publique. De même, l'accent mis sur l'amélioration de la santé des populations en santé publique peut conduire à une sous-estimation de l'importance des interventions cliniques préventives à l'échelle individuelle.

La promotion de la compréhension mutuelle du travail et de la science des cliniciens et des professionnels en santé publique est essentielle à une approche collaborative permettant aux praticiens de maximiser l'efficacité des interventions en en adaptant le niveau à la nature du problème.

Voici des exemples d'efforts nécessaires pour parvenir à une coordination à plusieurs niveaux en matière de santé des populations et de santé des individus.

Renforcement du rôle des cliniciens dans la recherche en santé publique

L'une des stratégies susceptibles d'accroître la collaboration consisterait à offrir des occasions conjointes de formation et de recherche aux cliniciens et aux praticiens en santé publique. De plus, de nombreux cliniciens et médecins œuvrant en santé publique ont des postes de professeur associé non rémunérés dans leur département universitaire, une situation qui peut avoir pour conséquence de limiter la collaboration, car ces professeurs ont souvent l'impression d'avoir un statut inférieur à celui de leurs collègues « permanents ».

Il y a aussi la question du temps. En effet, les professeurs associés ont souvent des postes de responsabilité et se sentent coincés entre leur travail rémunéré et leur désir de contribuer à la recherche et à l'éducation. Certaines universités rémunèrent maintenant des professeurs cliniciens, qu'elles appellent des « professeurs de pratique »[19]. Cette solution pourrait également être appliquée aux professeurs œuvrant dans d'autres domaines, comme en santé publique clinique.

Résolution des obstacles liés à la discipline

Il existe des avantages importants à intégrer les perspectives à l'échelle individuelle (du patient) et à l'échelle de la population aux secteurs des soins primaires et de la santé publique[20]. La médecine clinique est axée sur le diagnostic et le traitement des maladies, mais dans la mesure où les cliniciens sont souvent le premier point de contact avec les services de santé, ceux-ci ont un rôle à jouer dans la prévention primaire et secondaire des maladies. Cela dit, il existe des obstacles en matière de formation et de procédures liées à la discipline. Pour diverses raisons, il est possible que les cliniciens ne soient pas en mesure d'offrir des services de prévention à leurs patients, notamment parce que ces services ne sont pas remboursés, parce qu'il n'y a pas suffisamment de temps pour le faire ou parce que les patients refusent ces services[21].

Résolution des obstacles liés aux pratiques de financement

Le financement de la santé individuelle (soins curatifs, soins de réadaptation, soins de longue durée, services auxiliaires, produits médicaux) et celui de la santé de la population (prévention, services de santé publique, administration de la santé, assurances) reposent sur des budgets distincts[22], ce qui peut créer des obstacles à une collaboration accrue. En outre, le sous-financement chronique et les compressions budgétaires de plus en plus importantes en santé publique, et en particulier à l'échelle municipale, compliquent la collaboration entre médecine clinique et santé publique[23]. Considérée comme le « parent pauvre de la médecine clinique »[24], la santé publique ne reçoit généralement qu'une faible portion du budget annuel total en santé[25].

Précision des rôles

La confusion quant au rôle et au mandat de la médecine clinique (individuelle) par rapport à la santé publique (populationnelle) peut nuire à l'efficacité de la santé clinique publique. Par exemple, dans certaines administrations, c'est la santé publique qui prévoit la prestation des services d'immunisation et qui fournit les services cliniques nécessaires à l'administration des vaccins, tandis que dans d'autres administrations, ce sont presque exclusivement les cliniciens qui administrent les vaccins.

Une collaboration sous la bannière de la santé publique clinique pourrait aider à clarifier les rôles, à réduire la confusion et à améliorer l'efficacité des interventions.

Amélioration de la communication

Une communication bidirectionnelle efficace et en temps réel des données favoriserait la collaboration entre médecine clinique et santé publique.

Exemples d'efficacité de la santé publique clinique lors de la pandémie de COVID-19

La reconnaissance du concept de santé publique clinique et son adoption favoriseraient la collaboration entre cliniciens et professionnels en santé publique, en leur permettant de s'attaquer à des problèmes de santé complexes grâce à des approches multidisciplinaires[26] pour planifier et offrir des services cliniques et des services de santé publique. Cette collaboration serait bénéfique sur le plan des meilleures pratiques, de l'éducation, de la recherche et de la sensibilisation, et elle permettrait de combler les lacunes et les inégalités en matière de santé individuelle et de santé de la population. Les réussites en matière d'interventions menées en réponse à la pandémie de COVID-19 peuvent servir de modèle pour l'avancement des approches en santé publique clinique, comme l'illustrent les exemples fournis ci-dessous.

Le meilleur exemple de la contribution de la santé publique aux soins cliniques est sans doute celui des efforts visant à « aplatir la courbe » : cette expression est vite devenue le slogan de la pandémie de COVID-19 en 2020, et la courbe des nouveaux cas est devenue le graphique le plus consulté de la pandémie[27]. La pression exercée sur les cliniciens dans les hôpitaux par le grand nombre de personnes malades en même temps a été stratégiquement atténuée par les mesures de santé publique et les mesures sociales, comme le port du masque[28], le lavage des mains, la distanciation physique et diverses autres mesures destinées à réduire la transmission de la maladie dans les collectivités.

De même, les cliniciens ont travaillé à accroître la portée et l'efficacité des interventions visant la population[24]. Par exemple, ils ont géré le traitement et le rétablissement des patients placés en isolement car ils étaient atteints de la COVID-19, ce qui a permis de réduire le risque de transmission communautaire du virus. Ils ont réussi à promouvoir le respect des mesures de santé publique et des mesures sociales tout au long de la pandémie, et ils ont joué un rôle crucial dans la santé de la population en encourageant la vaccination. En outre, la recherche clinique liée au développement et à l'essai de vaccins a fait appel à la fois à

des cliniciens et à des professionnels en santé publique.

En résumé, la collaboration entre cliniciens et professionnels en santé publique pendant la pandémie de COVID-19 a été remarquable. Ils ont travaillé à harmoniser l'éducation et les communications destinées au public sur le dépistage, les mesures de santé publique et les mesures sociales, dans le but d'améliorer la santé des individus et la santé de la population, réduisant ainsi l'impact de la pandémie sur ces deux plans. Ce rôle accru constitue un modèle pour la promotion continue des politiques de santé publique visant à réduire la morbidité et la mortalité attribuables à d'autres maladies infectieuses et transmissibles, aux blessures et aux maladies chroniques, et cette collaboration entre cliniciens et professionnels en santé publique devrait se poursuivre après la pandémie.

Recommandations

La pandémie de COVID-19 a fourni des preuves sans précédent de l'importance de la collaboration et de la coordination entre cliniciens et professionnels en santé publique. La poursuite de ce partenariat hautement efficace par l'officialisation du concept de santé publique clinique est une étape importante vers la recherche et l'élaboration de solutions nouvelles et plus complètes aux problèmes de santé de la population, par exemple en ce qui concerne les déterminants de la santé à l'échelle de l'individu et à l'échelle de la population. Un cadre global est nécessaire pour l'atteinte de ces objectifs communs à long terme, et ce, pour le bénéfice de tous.

Un récent rapport de la Commission Lancet souligne la nécessité pour tous les professionnels de la santé d'avoir des compétences en matière de soins à l'échelle des individus et à l'échelle des populations[29]. Le meilleur moyen d'y parvenir est sans doute de mener un processus en plusieurs étapes, en définissant d'abord la portée de la santé publique clinique à l'aide de termes précis, puis en déterminant les sujets clés sur lesquels collaborer. Cela pourrait se faire en mettant sur pied un groupe de travail composé de divers intervenants, puis en menant un processus visant à dégager un consensus auprès d'un groupe élargi d'intervenants, afin d'affiner la vision et l'approche. En s'appuyant sur les succès et sur les leçons tirées de la réponse à la pandémie, on pourrait commencer par une approche collaborative et soutenue en prévention des maladies transmissibles et dans la lutte contre celles-ci, afin de prévenir et d'endiguer les épidémies et les pandémies.

Certains de ces travaux nécessitent l'intervention d'un large éventail de professionnels de la santé. Bien qu'il y ait des partisans d'une plus grande synergie entre les soins primaires et la santé publique, le concept de santé publique clinique est plus large, intégrant une collaboration à l'échelle de toutes les spécialités cliniques et toutes les disciplines de la médecine, ainsi qu'avec d'autres spécialistes en soins de santé.

De plus, les solutions relevant de la technologie de l'information qui mettent en contact les professionnels en santé publique et les cliniciens locaux sont aptes à favoriser le partage des données et à permettre à tous les professionnels de la santé concernés d'être informés en temps réel de l'effet des interventions collaboratives (par exemple, les rapports sur la couverture vaccinale par type de pratique et par collectivité).

Conclusion

Il faut prendre dès à présent des mesures pour accélérer la mise en œuvre d'une santé publique clinique, afin de préserver les succès en matière de collaboration que nous avons connus dans la lutte contre la pandémie. En effet, que pourrait-on faire de mieux après la pandémie de COVID-19, sinon adopter le concept de santé publique clinique pour renforcer davantage les liens entre cliniciens et professionnels en santé publique et améliorer ainsi la santé de tous?

Conflits d'intérêts

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Financement

Aucun financement n'a été obtenu pour ce commentaire.

Contribution des auteurs et avis

BC et RU ont conçu et démarré le projet. BC a rédigé la première ébauche du manuscrit, avec l'apport de RU. Tous les auteurs ont participé à la révision critique de la première ébauche, ont soulevé d'importantes questions et ont fourni d'autres contributions et références de la littérature publiée sur le sujet à l'échelle internationale. Tous les auteurs ont participé à la rédaction des diverses sections du manuscrit, en ont révisé les différentes versions et en ont approuvé la version définitive. Tous les auteurs sont responsables de l'ensemble des facettes du projet. BC, AK et KG ont effectué les dernières retouches et révisions. Aucun rédacteur ou réviseur médical n'a été embauché pour le projet.

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 ou des organismes avec lesquels travaillent les auteurs.

Références

1. Choi BC, Pakes B, Bilotta R, et al. Defining clinical public health. Clin Invest Med. 2021;44:E71-76. https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36479

2. World Health Organization. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Genève (CH) : WHO; 2018. En ligne à : https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf

3. Rawaf S. A proactive general practice: integrating public health into primary care. London J Prim Care (Abingdon). 2018;10(2):17-18. https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1445946

4. Comité consultatif national sur le SRAS. Qu'est-ce que la santé publique? Dans : Leçons de la crise du SRAS – Renouvellement de la santé publique au Canada. Chapitre 3A [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2003 [consultation le 9 août 2021]. p. 45-72. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/lecons-crise-sras-renouvellement-sante-publique-canada/chapitre-3-role-organisation-sante-publique.html

5. Paul JR. Clinical epidemiology. J Clin Invest. 1938;17(5):539-541. https://doi.org/doi:10.1172/JCI100978

6. Childs AW. The functions of medical care. Public Health Rep. 1975;90(1): 10-14. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434713/

7. Association canadienne de santé publique. La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : ACSP; 2019 [consultation le 10 août 2021]. En ligne à : https://www.cpha.ca/fr/la-sante-publique-dans-le-contexte-du-renouvellement-du-systeme-de-sante-au-canada

8. Rittel HW, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sci. 1973;4(2):155-169. https://doi.org/10.1007/BF01405730

9. Walls HL. Wicked problems and a 'wicked' solution. Global Health. 2018;14(1):34. https://doi.org/10.1186/s12992-018-0353-x

10. Naisbitt J. Megatrends: ten new directions transforming our lives. New York (NY): Grand Central Publishing; 1982.

11. Rozen A, Fredette J, Marom R, Collins S. Megatrends: a wave of change impacting the future. Market analysis. Paris (FR) : Alcatel-Lucent; 2012 [consultation le 18 juill. 2021]. En ligne à : http://www.tmcnet.com/tmc/whitepapers/documents/whitepapers/2013/6845-megatrends_en_market analysis.pdf

12. McDonagh P, Prothero A. Introduction to the special issue: Sustainability as megatrend I. J Macromark. 2014; 34(3):248-252. https://doi.org/10.1177/0276146714533341

13. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. Lancet. 2017;389(10072):941-950. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X

14. Sullivan KA, Messer LC, Quinlivan EB. Substance abuse, violence, and HIV/AIDS (SAVA) syndemic effects on viral suppression among HIV positive women of color. AIDS Patient Care STDS. 2015;29(Suppl 1):S42-48. https://doi.org/10.1089/apc.2014.0278

15. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. BMJ. 2020;369: m1557. https://doi.org/10.1136/bmj.m1557

16. Davis HE, Assaf GC, McCorkell L, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. EClinicalMedicine. 2021;38:101019. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019

17. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet. 2020;396(10255): 874. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6

18. Geneau R. Propulser la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques hors des marges des plans d'action en santé publique globale – nouvelle tentative. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(3):77-78. https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.3.01f

19. Office for Faculty Affairs. A. Full-time professors of the practice [Internet]. Cambridge (MA): Faculty of Arts and Sciences, Harvard University; [consultation le 11 mars 2021]. En ligne à : https://academic-appointments.fas.harvard.edu/full-time-professors-practice

20. Shahzad M, Upshur R, Donnelly P, et al. A population-based approach to integrated healthcare delivery: a scoping review of clinical care and public health collaboration. BMC Public Health. 2019;19(1):708. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7002-z

21. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener J. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003; 93(4):635-641. https://doi.org/10.2105/AJPH.93.4.635

22. Organisation de coopération et de développement économique. Dépenses de santé [Internet]. Paris (FR) : OCDE; [consultation le 11 mars 2021]. En ligne à : https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm

23. Guyon A, Perreault R. Public health systems under attack in Canada: evidence on public health system performance challenges arbitrary reform. Can J Public Health 2016; 107(3): e326-329. https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5273

24. Maher D, Ford N. Promoting synergies between clinical medicine and public health. Trop Med Int Health 2016;21(8):938-942. https://doi.org/10.1111/tmi.12733

25. Lang A, Warren M, Kulman L. A funding crisis for public health and safety: state-by-state public health funding and key health facts, 2018 [Internet]. Washington (DC): Trust for America's Health; 2018 [consultation le 11 mars 2021]. En ligne à : https://www.tfah.org/wp-content/uploads/archive/assets/files/TFAH-2018-InvestInAmericaRpt-FINAL.pdf

26. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. Clin Invest Med. 2006;29(6):351-364. http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/politica_formativa/documentos_de_estudio_referencia/multidisciplinarity_interdisicplinarity_transdisciplinarity.pdf

27. Roberts S. Flattening the coronavirus curve [Internet]. New York Times; 2020 [consultation le 27 mars 2021]. En ligne à : https://www.nytimes.com/article/flatten-curve-coronavirus.html

28. Liang M, Gao L, Cheng C, et al. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: a systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis. 2020;36: 1011751. https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101751

29. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al.; Global Independent Commission. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010; 376(9756):1923-1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.04f

Commentaire

Surveillance de l'insécurité alimentaire des ménages au Canada : l'heure du bilan

Valerie Tarasuk, Ph. D.; Andrée-Anne Fafard St-Germain, Ph. D.; Timmie Li, M. Sc. Comm.

Diffuser cet article sur Twitter

L'insécurité alimentaire des ménages, soit un accès insuffisant ou précaire à la nourriture en raison de contraintes financières, est un grave problème de santé de la population au Canada. Cette insécurité est associée à une mauvaise santé mentale[1-4], à des taux accrus de maladies infectieuses[5], de maladies non transmissibles[6,7] et de blessures[8], à une utilisation accrue des soins de santé[9-12] et à une mortalité prématurée[13]. Faisant l'objet d'un suivi depuis 2005 dans le cadre du Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)[14], ce problème était répandu et affichait une tendance à la hausse avant la pandémie[15,16]. En effet, l'insécurité alimentaire touchait 12,7 % des ménages, soit environ 4 370 000 personnes, en 2017-2018[15]. Deux grandes initiatives stratégiques fédérales témoignent de la prise de conscience qu'il faut des mesures plus efficaces. La Stratégie de réduction de la pauvreté, publiée en 2018, présente la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages comme un indicateur important de la capacité des Canadiens à subvenir à leurs besoins de base[17], conduisant à l'ajout du MESAM à l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR), afin de faciliter la présentation de rapports annuels dans le Tableau de bord de la pauvreté, un site Web qui permet de faire un suivi des principaux indicateurs de la pauvreté figurant dans la Stratégie[18]. En 2019, l'insécurité alimentaire des ménages a été définie comme une priorité de la Politique alimentaire pour le Canada[19].

Les préoccupations concernant l'insécurité alimentaire ont augmenté au printemps 2020, lorsque les fermetures de commerces liées à la pandémie ont empêché des milliers de personnes de travailler[20]. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ont non seulement rapidement mis en œuvre de nouveaux programmes de soutien du revenu et de subventions salariales, mais ils ont également créé d'importants programmes de financement pour les banques alimentaires et divers programmes caritatifs d'assistance alimentaire[21-24]. Les enquêtes de population ont été temporairement suspendues mais, en mai 2020, une mesure abrégée de l'insécurité alimentaire a été incluse dans la deuxième Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC-2). Au cours des 30 jours précédents, 14,6 % des répondants à cette enquête en ligne ont déclaré avoir souffert d'insécurité alimentaire[25]. Par rapport à l'ESCC 2017-2018, si l'on tient compte des différences dans les échantillons et dans les mesures de l'insécurité alimentaire, les estimations donnent à penser que la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages aurait augmenté de 39 % de depuis le début de la pandémie[25]. Dans ce contexte, l'investissement sans précédent de fonds publics dans les organismes caritatifs d'assistance alimentaire s'est poursuivi tout au long de 2021[26,27].

Les données récemment publiées par Statistique Canada sur l'ECR de 2018, 2019[18] et 2020[28] et sur l'ESCC de 2019 et 2020[29], résumées à la figure 1, remettent en question la perception généralisée selon laquelle l'insécurité alimentaire s'est aggravée pendant la pandémie. Ces enquêtes fournissent des estimations de prévalence très différentes, ce qui soulève des questions sur les critères de référence à utiliser pour suivre les progrès réalisés dans la lutte contre l'insécurité alimentaire des ménages. Nous proposons une analyse des différences et des similitudes entre les données récemment publiées et une réflexion sur la façon dont il convient d'assurer la surveillance de l'insécurité alimentaire à l'avenir.

L'insécurité alimentaire des ménages à travers le prisme de l'Enquête canadienne sur le revenu

La première diffusion publique des données de l'ECR sur l'insécurité alimentaire a eu lieu en janvier 2022, avec les données de 2018 et 2019[18], suivie en mars 2022 des estimations actualisées pour l'ECR 2018 et 2019 ainsi que des résultats pour 2020[28]. Selon l'ECR 2018, 6 099 000 personnes (16,8 % de la population) dans les 10 provinces vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire[28]. Ce nombre est descendu à 5 845 000 personnes (15,9 % de la population) dans l'ECR 2019 et est resté relativement stable, à 5 839 000 (15,8 %), dans l'ECR 2020[28]. Les estimations initiales de la prévalence dans l'ECR 2018 et 2019 révèlent une diminution notable de l'insécurité alimentaire modérée/grave, avec un degré de confiance de 90 %, entre les deux années[18].

L'insécurité alimentaire des ménages à travers le prisme de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

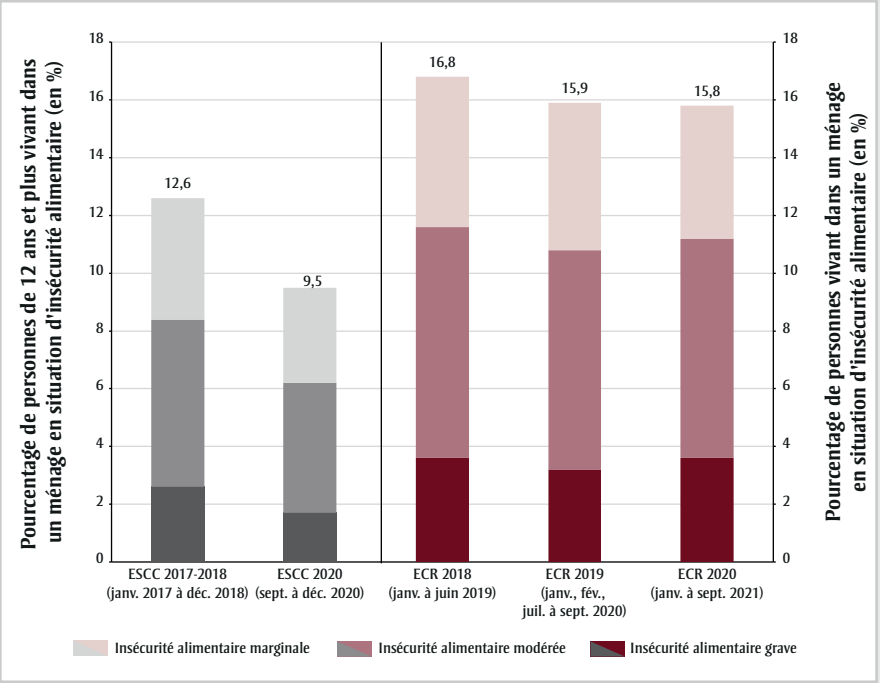
Les estimations de prévalence de l'ESCC 2019 et 2020 ont été publiées en février 2022[29]. Il est à noter que les données ne sont pas disponibles pour l'ensemble des provinces dans l'ESCC 2019 parce que la Colombie-Britannique a refusé de mesurer

Rattachement des auteurs :

Département des sciences nutritionnelles, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Valerie Tarasuk, Département des sciences nutritionnelles, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, 1 King's College Circle, Toronto (Ontario) M5S 1A8; tél. : 416-978-0618; courriel : valerie.tarasuk@utoronto.ca

FIGURE 1
Pourcentage de personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire au Canada, à l'exclusion des territoires



Sources : Les données de l'ESCC sont tirées de Polsky et Garriguet (2022)[29] et les données de l'ECR sont tirées de Statistique Canada (2022)[28]. Dans le cas de l'ESCC, l'année de l'enquête correspond à l'année de l'entrevue, tandis que dans le cas de l'ECR, l'année de l'enquête correspond à l'année précédant l'année de l'entrevue. Les périodes de collecte de données de chaque enquête sont indiquées entre parenthèses. L'insécurité alimentaire est évaluée au cours des 12 mois précédents.

Abréviations : ECR, Enquête canadienne sur le revenu; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

l'insécurité alimentaire au cours de ce cycle. Les résultats de l'ESCC pour 2020 ont été fondés sur des entrevues en ligne menées de septembre à décembre 2020 dans les 10 provinces. Contrairement à la pratique antérieure qui consistait à présenter les estimations de prévalence de l'ESCC pour les ménages[15], les estimations récemment publiées représentent la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages chez les Canadiens de 12 ans et plus (la population cible de l'ESCC)[29]. Cette prévalence était de 9,6 % en 2020, une baisse statistiquement significative par rapport à la prévalence de 12,6 % figurant dans l'ESCC 2017-2018 pour les 10 provinces ($p < 0{,}001$)[29].

Comparaison des résultats des deux enquêtes

En résumé, les analyses de l'ECR et de l'ESCC indiquent que la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages au Canada était plus faible en 2020 qu'avant la pandémie. Cette constatation est en contradiction avec les rapports antérieurs faisant étant d'une insécurité alimentaire croissante provoquée par la pandémie[25,30]. Cette baisse est toutefois plausible étant donné les aides au revenu consenties par le gouvernement fédéral, les subventions salariales et les diverses interventions ayant visé à faire plafonner ou à réduire le coût de la vie pendant cette période[31].

Cela dit, les résultats de l'ECR et de l'ESCC donnent une impression très différente de l'ampleur du problème de l'insécurité alimentaire des ménages au Canada, tant avant que pendant la pandémie. L'ESCC 2017-2018 recense 1,7 million de Canadiens de moins vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire que l'ECR 2018, cette dernière estimation ne comprenant aucune donnée concernant les territoires. Les différentes unités utilisées pour les analyses menées en 2020 compliquent les comparaisons pour cette année mais, en supposant que les Canadiens de moins de 12 ans aient un taux d'insécurité alimentaire semblable à ceux de 12 ans ou plus, les résultats de l'ESCC montrent que moins de 1 Canadien sur 10 a été touché par l'insécurité alimentaire des ménages en 2020[29], alors que ce rapport est d'environ 1 sur 6 dans le cas de l'ECR[28].

Comment expliquer cette divergence?

L'insécurité alimentaire des ménages est corrélée de manière similaire dans l'ESCC et l'ECR à d'autres indicateurs de désavantage social et économique[18,29], ce qui laisse entendre que ces deux enquêtes rendent compte d'un problème similaire. Une analyse détaillée des estimations de la prévalence de l'insécurité alimentaire modérée/grave à l'échelle des ménages selon l'ECR 2018 et l'ESCC 2017-2018 a révélé que les différences entre les enquêtes en ce qui concerne la pondération des populations et l'imputation des réponses manquantes n'expliquaient qu'une petite fraction de la divergence[18]. Selon les auteurs, la divergence pourrait s'expliquer en partie par le taux de réponse aux enquêtes, qui est plus élevé dans le cas de l'ECR 2018 (77,4 %) que dans celui de l'ESCC 2017-2018 (61,5 %), phénomène attribuable au fait que l'ECR est un supplément à l'Enquête sur la population active, qui est obligatoire[18]. Bien que l'on ait eu recours à des ajustements pour les cas de non-réponse dans les deux enquêtes, l'approche utilisée pour ce faire était différente, et il est impossible de mesurer les effets de ces ajustements[18]. En outre, il est possible que certains participants répondent différemment au MESAM selon si les questions sont posées dans le contexte de la santé et des comportements en matière de santé (ESCC) ou dans celui de l'emploi et des finances des ménages (ECR), mais ce type d'effet est difficile à déceler, et encore plus à quantifier.

La divergence entre les estimations de l'ESCC 2017-2018 et celles de l'ECR 2018 est toutefois faible comparée à la divergence observée entre les estimations de l'ESCC 2020 et celles de l'ECR 2019 et 2020. En supposant que la prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants de moins de 12 ans soit semblable à celle observée chez les enfants de 12 ans ou plus, il y a plus de six points de pourcentage d'écart entre les estimations de l'ECR 2019 et 2020 et celles de l'ESCC 2020, et ce, même si ces enquêtes portent sur une période similaire. La prévalence nettement moins élevée observée dans l'ESCC 2020 pourrait être liée au très faible taux de réponse à cette enquête (24,6 % contre 80,3 % dans le cas de l'ECR 2019 et 76,6 % dans le cas de l'ECR 2020)[29], mais il convient de mener d'autres analyses afin d'évaluer ce biais potentiel. Ce faible taux de réponse suscite un questionnement

sérieux sur la représentativité de la population dans l'ESCC 2020 et la fiabilité des résultats de l'enquête.

Autres comparateurs

Depuis son adoption par Santé Canada, le MESAM a été inclus dans une autre enquête transversale sur la population menée dans les 10 provinces, soit l'Enquête sur les dépenses des ménages de 2010 (EDM 2010). Cette enquête a également révélé une prévalence de l'insécurité alimentaire supérieure à celle fournie par l'ESCC. En raison d'une erreur dans l'administration des huit énoncés concernant les enfants dans le MESAM de l'EDM 2010, le statut d'insécurité alimentaire des ménages a été uniquement déterminé à l'aide de l'échelle de sécurité alimentaire des adultes, ce qui a donné une prévalence pondérée de 16,6 % (IC à 95 % : 15,6 à 18,5; estimation par les auteurs à l'aide du fichier de données principal). La décision des gouvernements du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard de ne pas mesurer l'insécurité alimentaire dans l'ESCC 2010 empêche l'estimation d'une prévalence pour l'ensemble des provinces cette année là, mais l'estimation de la prévalence nationale selon l'ESCC 2011 (qui comprenait les territoires) était de 12,3 %[32].

Les estimations de prévalence de l'EDM 2010 et de l'ESCC 2011 ne sont pas parfaitement comparables, mais leurs différences ne sont pas susceptibles d'expliquer l'importante divergence observée. L'omission des énoncés concernant les enfants dans l'EDM 2010 conduirait uniquement à un biais à la baisse, et l'inclusion des territoires dans l'ESCC 2011 entraînerait tout au plus une légère augmentation de la prévalence par rapport à celle observée avec les provinces seules. Une comparaison des estimations de prévalence de l'ESCC 2010 et 2011 pour les provinces, avec des données pour les deux années, ne révèle qu'une seule différence statistiquement significative, soit une augmentation au Québec entre 2010 et 2011[32]. Cela donne donc à penser que, si l'on avait des données pour les 10 provinces dans l'ESCC 2010, la prévalence serait probablement inférieure à l'estimation de l'ESCC 2011. L'ampleur et la direction de la divergence entre l'ESCC 2011 et l'EDM 2010 concordent avec la différence observée entre les estimations prépandémiques de l'ESCC et de l'ECR, ce qui ajoute de la crédibilité à l'idée selon laquelle l'ESCC sous-estimerait la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages.

Rétrospectivement, s'il avait été possible de comparer les résultats de la SEPC-2 aux données prépandémiques de l'ECR plutôt que de l'ESCC, le changement apparent en ce qui concerne l'insécurité alimentaire aurait été moindre. En ayant recours à des méthodes semblables à la comparaison réalisée avec l'ESCC 2017-2018, qui donnait à penser que la prévalence avait augmenté de 39 %[25], nous avons plutôt estimé à 11 % l'augmentation de l'insécurité alimentaire entre l'ECR 2018 et la SEPC-2 (calculs des auteurs à l'aide du fichier de données principal). Devant ce résultat, il est possible que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux aient choisi de continuer à allouer des fonds aux programmes caritatifs d'assistance alimentaire, mais ces décisions n'auraient pas été fondées sur une estimation révélant une hausse abrupte de la prévalence de l'insécurité alimentaire.

Quelles sont les prochaines étapes?

Alors que le Canada commence à émerger de la pandémie et que les programmes de soutien au revenu et de subventions salariales mis en œuvre pour faire face à la crise sont graduellement abandonnés, il est plus important que jamais de surveiller la prévalence et la gravité de l'insécurité alimentaire des ménages. Ce n'est qu'en mesurant ce problème annuellement dans l'ensemble du pays, de façon fiable, que nous serons en mesure de comprendre l'effet des réponses actuelles du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux, que nous pourrons fixer des objectifs visant à réduire l'insécurité alimentaire et que nous pourrons adopter des stratégies d'intervention efficaces et fondées sur des données probantes. Le MESAM étant maintenant inclus dans l'ECR et l'ESCC, nous avons un choix important à faire. Les données récemment diffusées indiquent clairement que ces deux enquêtes ne sont pas interchangeables.

Le Canada n'est pas le seul pays où l'on constate que les estimations de la prévalence varient d'une enquête de population à une autre. Des divergences similaires sont courantes aux États-Unis, qui sont sans doute le chef de file mondial en matière de mesure de l'insécurité alimentaire. Le MESAM et ses dérivés sont utilisés dans plusieurs enquêtes qui y sont menées, mais les estimations de la prévalence au sein de la population sont tirées de la Current Population Survey [Enquête sur la population actuelle], en raison de la grande taille d'échantillon, de la représentativité de l'enquête à l'échelle des États et de la rapidité avec laquelle les rapports annuels sont présentés[33].

Nous recommandons que l'ECR soit utilisée comme véhicule d'enquête pour toutes les activités de surveillance de l'insécurité alimentaire qui seront menées à l'avenir, car le taux de réponse systématiquement élevé qui est associé à cette enquête donne à penser que l'ECR fournirait une estimation plus représentative de l'insécurité alimentaire à l'échelle de la population que l'ESCC. Étant donné les graves répercussions de l'insécurité alimentaire des ménages sur la santé, il est impératif que sa prévalence ne soit pas systématiquement sous-estimée au sein de la population.

Enfin, l'ECR présente trois autres avantages importants par rapport à l'ESCC. Premièrement, elle est conçue pour fournir des estimations annuelles de prévalence, ce qui permet un degré de surveillance jamais atteignable avec l'ESCC dans la mesure où le MESAM n'est inclus comme contenu obligatoire que dans un cycle de l'ESCC sur deux. Deuxièmement, la publication rapide des tableaux de données de l'ECR[28] et la mise à jour régulière des taux de prévalence de l'insécurité alimentaire modérée/grave dans le Tableau de bord de la pauvreté signifient que les intervenants et les décideurs peuvent utiliser les résultats de cette enquête pour éclairer leurs décisions en temps réel[34]. Nous maintenons que la prévalence de l'insécurité alimentaire marginale devrait être incluse dans les estimations du Tableau de bord[16], mais les utilisateurs des connaissances peuvent toujours obtenir cette information en consultant les tableaux de données[28]. Troisièmement, la surveillance de l'insécurité alimentaire par l'intermédiaire d'une enquête en population générale spécialement conçue pour recueillir des données sur le revenu, sur les activités concernant le marché du travail et sur d'autres circonstances financières facilite l'analyse des politiques et l'évaluation des programmes et permet d'orienter l'élaboration d'interventions efficaces pour lutter contre l'insécurité alimentaire.

Notre recommandation de se fonder dorénavant sur l'ECR pour surveiller l'insécurité alimentaire comporte toutefois une mise en garde importante : l'ECR doit inclure des échantillons représentatifs des territoires. Même si les territoires sont peu populeux et que l'inclusion d'échantillons représentatifs de leur population n'aura que peu d'effet sur les estimations nationales[18], il est à noter que la prévalence de l'insécurité alimentaire est, notamment, beaucoup plus élevée au Nunavut que partout ailleurs au Canada[15,18]. L'insécurité alimentaire a continué de prendre de l'ampleur avant la pandémie malgré les investissements fédéraux dans Nutrition Nord Canada, un programme de subvention à l'intention des détaillants alimentaires qui vise à améliorer l'accès aux aliments et à en réduire les coûts dans le Nord[35]. La réduction de l'insécurité alimentaire dans les territoires doit être une priorité nationale, et une surveillance continue est essentielle pour y parvenir.

Remerciements

Ces travaux de recherche sont appuyés par les Instituts de recherche en santé du Canada (NRF 178380). Ils ont été menés au Centre de données de recherche de Toronto, qui fait partie du Réseau canadien des Centres de données de recherche. Ce service est offert grâce au soutien de l'Université de Toronto, de la Fondation canadienne pour l'innovation, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines et de Statistique Canada.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

Tous les auteurs ont contribué à la conception, à la rédaction et à la révision de ce commentaire. VT était responsable de l'acquisition des données utilisées pour les calculs; AAFSG a effectué l'analyse des données.

Le contenu et les points de vue exprimés dans cet article sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Jessiman-Perreault G, McIntyre L. Household food insecurity narrows the sex gap in five adverse mental health outcomes among Canadian adults. Int J Env Res Public Health. 2019;16(3):319. https://doi.org/10.3390/ijerph16030319

2. Men F, Elgar FJ, Tarasuk V. Food insecurity is associated with mental health problems among Canadian youth. J Epidemiol Community Health. 2021;75(8):741-748. https://doi.org/10.1136/jech-2020-216149

3. Tarasuk V, Gundersen C, Wang X, Roth DE, Urquia ML. Maternal food insecurity is positively associated with postpartum mental disorders in Ontario, Canada. J Nutr. 2020; 150(11):3033-3040. https://doi.org/10.1093/jn/nxaa240

4. Ovenell M, Da Silva MA, Elgar FJ. Shielding children from food insecurity and its association with mental health and well-being in Canadian households. Can J Public Health. 2022;113:250-259. https://doi.org/10.17269/s41997-021-00597-2

5. Cox J, Hamelin A-M, McLinden T, et al. Food insecurity in HIV-hepatitis C virus co-infected individuals in Canada: the importance of co-morbidities. AIDS Behav. 2017;21(3):792-802. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1326-9

6. Tarasuk V, Mitchell A, McLaren L, McIntyre L. Chronic physical and mental health conditions among adults may increase vulnerability to household food insecurity. J Nutr. 2013;143(11):1785-1793. https://doi.org/10.3945/jn.113.178483

7. Tait CA, L'Abbé MR, Smith PM, Rosella LC. The association between food insecurity and incident type 2 diabetes in Canada: a population-based cohort study. PLoS ONE. 2018; 13(5):e0195962. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195962

8. Men F, Urquia ML, Tarasuk V. Examining the relationship between food insecurity and causes of injury in Canadian adults and adolescents. BMC Public Health. 2021;21:1557. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11610-1

9. Tarasuk V, Cheng J, de Oliveira C, Dachner N, Gundersen C, Kurdyak P. Association between household food insecurity and annual health care costs. CMAJ. 2015;187(14):E429-E436. https://doi.org/10.1503/cmaj.150234

10. Tarasuk V, Cheng J, Gundersen C, de Oliveira C, Kurdyak P. The relation between food insecurity and mental health service utilization in Ontario. Can J Psychiatry. 2018;63(8):557-569. https://doi.org/10.1177/0706743717752879

11. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Food insecurity is associated with higher health care use and costs among Canadian adults. Health Aff. 2020;39(8):1377-1385. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01637

12. Fitzpatrick T, Rosella LC, Calzavara A, et al. Looking beyond income and education: socioeconomic status gradients among future high-cost users of health care. Am J Prev Med. 2015; 49(2):161-171. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.018

13. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. CMAJ. 2020;192(3):E53-E60. https://doi.org/10.1503/cmaj.190385

14. Santé Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2007. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/income_food_sec-sec_alim-fra.pdf

15. Tarasuk V, Mitchell A. Household food insecurity in Canada, 2017-18. Toronto (ON) : Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF); 2020. En ligne à : https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/03/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2017-2018-Full-Reportpdf.pdf

16. Tarasuk V, Li T, Mitchell A, Dachner N. Raisons pour lesquelles les données sur l'insécurité alimentaire des ménages doivent être plus détaillées. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, 2018;38(5):239-242. https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.5.03f

17. Emploi et Développement social Canada. Une chance pour tous – La première stratégie canadienne de réduction de la pauvreté. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2018. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/programs/poverty-reduction/reports/poverty-reduction-strategy-report-FR.pdf

18. Caron N, Plunkett-Latimer J. Enquête canadienne sur le revenu : insécurité alimentaire et besoins insatisfaits en matière de soins de santé, 2018 et 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 13 avr. 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2021009-fra.htm

19. Agriculture et Agroalimentaire Canada. Politique alimentaire pour le Canada. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019. En ligne à : https://agriculture.canada.ca/sites/default/files/legacy/pack/pdf/20190613-fr.pdf

20. Lemieux T, Milligan K, Schirle T, Skuterud M. Initial impacts of the COVID-19 pandemic on the Canadian labour market. Can Public Policy. 2020;46(S1):S55-S65. https://doi.org/10.3138/cpp.2020-049

21. Agriculture et Agroalimentaire Canada. Fonds d'urgence pour la sécurité alimentaire [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021 [modification le 22 déc. 2021; consultation le 6 avr. 2022]. En ligne à : https://agriculture.canada.ca/fr/programmes-services-agricoles/fonds-durgence-securite-alimentaire

22. Cabinet du Premier ministre. L'Ontario protège les plus vulnérables face à la crise de la COVID-19 [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; 2020 [modification le 23 mars 2020; consultation le 13 avr. 2022]. En ligne à : https://news.ontario.ca/fr/release/56433/lontario-protege-les-plus-vulnerables-face-a-la-crise-de-la-covid-19

23. Ministry of Municipal Affairs and Housing. Province supporting B.C.'s food banks during COVID-19 [Internet]. Victoria (BC) : Government of British Columbia; 2020 [modification le 29 mars 2020; consultation le 13 avril 2022]. En ligne à : https://news.gov.bc.ca/releases/2020MAH0049-000583

24. Ministère de la Santé et des Services sociaux. COVID-19 – Une aide financière d'urgence de 2 M$ est octroyée aux Banques alimentaires du Québec [Internet]. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; 2020 [modification le 24 mars 2020; consultation le 6 avr. 2022]. En ligne à : https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-2071/

25. Statistique Canada. L'insécurité alimentaire pendant la pandémie de COVID-19, mai 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 6 avr. 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00039-fra.htm

26. Agriculture et Agroalimentaire Canada. La ministre Bibeau annonce un autre financement de 100 millions de dollars pour aider les Canadiens et les Canadiennes dans le besoin à se procurer des aliments [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 6 avr. 2022]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/agriculture-agroalimentaire/nouvelles/2021/08/la-ministre-bibeau-annonce-un-autre-financement-de-100-millions-de-dollars-pour-aider-les-canadiens-et-les-canadiennes-dans-le-besoin-a-se-procurer.html

27. Agriculture et Agroalimentaire Canada. La ministre Bibeau annonce un montant supplémentaire de 30 millions de dollars pour aider les personnes vulnérables au Canada à avoir accès à de la nourriture [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 6 avr. 2022]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/agriculture-agroalimentaire/nouvelles/2021/12/la-ministre-bibeau-annonce-un-montant-supplementaire-de-30-millions-de-dollars-pour-aider-les-personnes-vulnerables-au-canada-a-avoir-acces-a-de-la.html

28. Statistique Canada. Tableau 13-10-0834-01 : Insécurité alimentaire selon le type de famille économique. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [mise à jour le 13 avr. 2022; consultation le 13 avr. 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310083401&request_locale=fr

29. Polsky JY, Garriguet D. L'insécurité alimentaire des ménages au Canada au début de la pandémie de COVID-19. Rapports sur la santé 2022;33(2):15-26. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022002/article/00002-fra.htm

30. Idzerda L, Gariépy G, Corrin T, et al. État des connaissances au sujet de la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages canadiens durant la pandémie de COVID-19 : revue systématique. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada 2022;42(5):201-213. https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.5.01f

31. Gouvernement du Canada. Mesures réalisées en réponse à la COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022 [mise à jour le 11 juill. 2022; consultation le 18 juill. 2022]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/plan-intervention-economique/mesures-realisees-reponse-covid-19.html

32. Tarasuk V, Mitchell A, Dachner N. Household food insecurity in Canada, 2011. Toronto (ON) : Research to Identify Policy Options to Reduce Food Insecurity (PROOF); 2013. En ligne à : https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2014/01/foodinsecurity2011_final.pdf

33. National Research Council. Survey vehicles to measure food insecurity and hunger. In: Food insecurity and hunger in the United States: an assessment of the measure. Washington (DC): The National Academies Press; 2006:99-112.

34. Statistique Canada. Tableau de bord officiel des indicateurs de la pauvreté au Canada : tendances, mars 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 12 avr. 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022011-fra.htm

35. Fafard St-Germain A-A, Galloway T, Tarasuk V. Food insecurity in Nunavut following the introduction of Nutrition North Canada. CMAJ. 2019;191(20): E552-E558. https://doi.org/10.1503/cmaj.181617

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.05f

Aperçu

Caractéristiques des traumatismes causés par l'utilisation à l'extérieur d'une trottinette motorisée : analyse des données de la plate-forme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (eSCHIRPT)

Sofiia Desiateryk, B. Sc. (1); Sarah Zutrauen, B. Sc. S. (1); Ze Wang, B. Sc. (1); Ithayavani Iynkkaran, Ph. D. (1); Lina Ghandour, M. Sc. (2); Steven R. McFaull, M. Sc. (3); Greg Butler, M. Sc. (3); James Cheesman (3); André Champagne, M.S.P. (3); Minh T. Do, Ph. D. (1,2,4)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'utilisation des trottinettes motorisées gagne en popularité au Canada comme ailleurs. Cette étude vise à résumer les caractéristiques des traumatismes liés à l'utilisation des trottinettes motorisées selon les données de la plate-forme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (eSCHIRPT) et à en analyser les tendances. L'eSCHIRPT recueille des renseignements sur l'événement ayant entraîné le traumatisme et des données cliniques sur le traitement (la partie du corps touchée, la nature et l'intentionnalité du traumatisme ainsi que le traitement administré) auprès de 11 hôpitaux pédiatriques et de 9 hôpitaux généraux du Canada.

Résultats. Une recherche en texte libre à l'aide de mots-clés a permis de relever 523 cas de traumatismes liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée entre janvier 2012 et décembre 2019. La plupart des traumatismes signalés concernaient des hommes (62,7 %). Le traumatisme le plus fréquent était une fracture ou une luxation (36,9 %) et 14,3 % de l'ensemble des patients ont été admis à l'hôpital. Une régression Joinpoint a montré une augmentation statistiquement significative des traumatismes liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée entre 2012 et 2017 (variation annuelle de 18,4 %).

Conclusion. Les résultats de notre étude indiquent qu'il faut poursuivre les efforts de prévention et améliorer les messages éducatifs sur la conduite sécuritaire et l'importance de l'utilisation d'un équipement de protection pour prévenir les traumatismes chez les utilisateurs.

Mots-clés : *trottinette électrique, planche autoéquilibrante, planche gyroscopique, trottinette motorisée, traumatisme, service d'urgence, eSCHIRPT, équipement de protection*

Points saillants

- Nous avons utilisé les données de la plate-forme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (eSCHIRPT) pour analyser l'information sur les traumatismes liés aux incidents de trottinette électrique au Canada.
- Les traumatismes liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée ont augmenté de façon statistiquement significative entre 2012 et 2017. En outre, près des deux tiers des personnes examinées dans les services d'urgence participants ont subi un traitement ou ont été placés en observation et le tiers d'entre elles ont eu besoin d'un traitement de suivi.
- Plus de la moitié des traumatismes résultaient d'une chute et plus du quart avaient eu lieu dans la circulation.
- Plus du tiers des cas concernaient des traumatismes à plus d'une partie du corps, les blessures à la tête étant les plus fréquentes (25 % des incidents signalés).
- Près de la moitié des personnes ayant fourni de l'information sur l'utilisation d'équipement de protection ont indiqué en utiliser, le plus souvent un casque.

Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences de la santé, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada
2. Direction de la sécurité des produits de consommation et des produits dangereux, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
4. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Minh T. Do, Département des sciences de la santé, Université Carleton, bureau 2305, Édifice des sciences de la santé, 1125, promenade du Colonel-By, Ottawa (Ontario) K1S 5B6; tél. : 613-901-9632; courriel : minh.do@carleton.ca

Introduction

Les trottinettes sont des dispositifs de mobilité portatifs conçus soit comme une planche montée sur deux roues et munie d'une longue poignée de direction, soit comme un appareil autoéquilibrant. Ils sont mus par la poussée du pied contre le sol ou propulsés par un moteur.

Il existe de plus en plus de réseaux de location d'appareils motorisés de micromobilité au Canada. Le réseau de location de Calgary (Alberta), mis en service en juillet 2019, arrive au troisième rang des lancements les plus populaires après ceux de Tel-Aviv (Israël) et de Paris (France)[1-3]. Les appareils de micromobilité sont peu coûteux à louer, accessibles à la plupart des gens et considérés comme respectueux de l'environnement, des caractéristiques qui, associées à la réduction des frais de stationnement et des embouteillages que permet l'utilisation des trottinettes, constituent des facteurs attrayants[3-5].

L'utilisation accrue des trottinettes motorisées, dont la vitesse de certaines peut atteindre 50 km/h environ (≈ 30 mi/h), a entraîné une augmentation du nombre d'incidents de circulation impliquant celles-ci[6-8]. Les personnes qui se déplacent en trottinette motorisée sur les pistes cyclables sont plus susceptibles que les conducteurs de voiture de subir des traumatismes, mortels ou non, à la suite d'une collision[6]. Une étude récente, dans laquelle des chercheurs ont analysé les données du système américain de surveillance électronique des traumatismes NEISS (National Electronic Injury Surveillance System), a révélé une hausse de plus du double (222 %, p = 0,01) des traumatismes et des hospitalisations liés à l'utilisation des trottinettes électriques aux États-Unis entre 2014 et 2018[9].

Une revue de la littérature sur les traumatismes causés par les trottinettes motorisées réalisée en 2021 par l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé[10] et une évaluation multicentrique des données des services d'urgence de Calgary[3] indiquent qu'on a besoin de données probantes portant spécifiquement sur le mécanisme (cause) et sur le type de traumatismes causés par l'utilisation des trottinettes motorisées pour orienter et évaluer les programmes pilotes potentiels et élaborer des recommandations. L'augmentation de l'accès aux trottinettes motorisées met en relief la nécessité de faire le suivi des traumatismes liés à leur utilisation afin d'améliorer la compréhension de la nature de ces traumatismes et de permettre l'élaboration et l'évaluation de méthodes de prévention efficaces.

L'objectif de cette analyse est donc de décrire les traumatismes liés à l'utilisation des trottinettes motorisées.

Méthodologie

Source de données

Les données utilisées dans cette étude ont été extraites de la base de données électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (eSCHIRPT). Ce système sentinelle de surveillance des blessures et des cas d'intoxication recueille des données sur les personnes blessées de tout âge qui se présentent au service d'urgence d'un des onze hôpitaux pédiatriques ou l'un des neuf hôpitaux généraux du Canada qui participent au programme[11]. Au service d'urgence, la personne blessée ou celle qui l'accompagne doit remplir un questionnaire sur les circonstances associées au traumatisme (« que s'est-il passé? »). Le personnel de l'hôpital ajoute des renseignements cliniques : la partie du corps touchée, la nature du traumatisme (fracture, commotion cérébrale, intoxication, etc.), l'intentionnalité du traumatisme (intentionnel, accidentel ou indéterminé/inconnu), le lieu où le traumatisme s'est produit (emplacement géographique) et le traitement administré, le cas échéant. Tous ces détails ainsi que des extraits de l'information médicale sur le patient sont entrés dans l'eSCHIRPT par des codeurs qualifiés.

Extraction des cas

Nous avons fait une recherche dans la base de données de l'eSCHIRPT pour recenser tous les cas de traumatismes liés à l'utilisation de trottinettes motorisées consignés entre avril 2011 et septembre 2020. Nous avons effectué une recherche en texte libre des mots-clés « motorized scooter », « e-scooter », « self-balancing scooter », « trottinette », « micro scooter », « powered scooter », « hoverboard » et « Segway ». Les années 2011 et 2020 ne comprenant que 9 mois de données, les incidents survenus en 2011 (n = 48) et en 2020 (n = 77) ont été exclus. Les incidents ayant eu lieu à l'intérieur (n = 151) ont également été exclus car ils correspondaient à une mauvaise utilisation. Au total, 523 incidents liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée survenus entre 2012 et 2019 ont été inclus dans cette étude.

Variables d'intérêt

Les variables d'intérêt étaient le groupe d'âge, le sexe, le lieu, l'équipement de protection, la consommation de substances, la cause externe, le moment, les caractéristiques du traumatisme (partie du corps touchée et nature de la blessure) et le traitement administré au service d'urgence.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été effectuées pour synthétiser les caractéristiques des patients et celles des traumatismes, dans l'ensemble et par sexe. Une distribution des fréquences en nombre et en pourcentage a été générée pour chacune des variables. Nous avons calculé la proportion de traumatismes liés à l'utilisation des trottinettes motorisées pour 100 000 dossiers de l'eSCHIRPT, stratifiés selon le sexe, le groupe d'âge et l'année. Nous avons également exploré les tendances des traumatismes au fil du temps.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel 2010 (Microsoft Corp., Redmond, État de Washington, É.-U.) et du programme de régression Joinpoint version 4.8.0.1 (SEERStat, NCI, Bethesda, Maryland, É.-U.).

Résultats

Caractéristiques des patients

Au total, 523 cas de traumatismes causés par une trottinette motorisée ont été recensés au cours de la période d'étude. La majorité des personnes blessées étaient de sexe masculin (62,7 %) et avaient entre 10 et 14 ans (34,4 %) (voir tableau 1).

Sur les 426 patients (81,5 %) ayant fourni des renseignements sur l'utilisation d'équipement de protection, 235 (44,9 %) ont déclaré en utiliser (47,3 % des hommes et 41,0 % des femmes) et, dans 99,8 % de ces cas, il s'agissait d'un casque. Plus de la moitié (56,0 %) des traumatismes résultaient d'une chute et plus du quart (28,5 %) des incidents se sont produits dans la circulation. Les traumatismes

TABLEAU 1
Caractéristiques des patients et caractéristiques des blessures relatives aux incidents liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée[a], eSCHIRPT, 2012 à 2019

Caractéristiques	n (%)		
	Hommes (n = 328)	Femmes (n = 195)	Total (n = 523)
Groupe d'âge			
2 à 9 ans	68 (20,7)	51 (26,2)	119 (22,8)
10 à 14 ans	100 (30,5)	80 (41,0)	180 (34,4)
15 à 19 ans	68 (20,7)	24 (12,3)	92 (17,6)
20 à 29 ans	16 (4,9)	4 (2,1)	20 (3,8)
30 à 39 ans	11 (3,4)	3 (1,5)	14 (2,7)
40 à 49 ans	18 (5,5)	13 (6,7)	31 (5,9)
50 ans et plus	46 (14,0)	20 (10,3)	66 (12,6)
Utilisation d'équipement de protection[b]			
Oui	155 (47,3)	80 (41,0)	235 (44,9)
Non	115 (35,1)	76 (39,0)	191 (36,5)
Inconnue	58 (17,7)	39 (20,0)	97 (18,5)
Consommation de substances déclarée par la personne concernée			
Oui	6 (1,8)	–	6 (1,1)
Non	144 (43,9)	89 (45,6)	233 (44,6)
Inconnue	178 (54,3)	106 (54,4)	284 (54,3)
Cause externe			
Chute	165 (50,3)	128 (65,6)	293 (56,0)
Blessure lors de l'utilisation dans la circulation	111 (33,8)	38 (19,5)	149 (28,5)
Collision avec un objet	9 (2,7)	12 (6,2)	21 (4,0)
Traumatisme involontaire de cause autre ou inconnue	8 (2,4)	3 (1,5)	11 (2,1)
Données manquantes	35 (10,7)	14 (7,2)	49 (9,4)

Abréviation : eSCHIRPT, base de données électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

Remarque : Tous les pourcentages sont par colonne.

[a] Les incidents impliquant une trottinette motorisée sont définis comme ceux ayant causé des traumatismes aux utilisateurs examinés au service d'urgence des hôpitaux participants.

[b] Dans 99,8 % des cas où de l'équipement de protection a été utilisé, il s'agissait d'un casque.

causés par une chute ou par une collision avec un objet ont été plus fréquents chez les femmes (respectivement 65,6 % et 6,2 %) que chez les hommes (respectivement 50,3 % et 2,7 %). Une plus grande proportion d'hommes (33,8 %) que de femmes (19,5 %) ont été blessés dans la circulation.

Sur les 523 incidents analysés, des renseignements sur la consommation de substances lors de l'incident ont été fournis dans 239 cas (45,7 %) et, de ce nombre, 6 personnes (2,5 %), seulement des hommes, ont déclaré avoir consommé une substance.

Les incidents ont eu lieu en plus grand nombre durant l'été, soit 15,3 % en juin, 13,4 % en juillet et 16,6 % en août, ce qui coïncide avec les mois présentant des températures plus élevées dans le climat canadien. La tendance annuelle globale des traumatismes a augmenté entre avril 2011 et septembre 2020. L'analyse des tendances annuelles a permis de constater que l'incidence la plus élevée d'incidents signalés était en 2017 (21,2 %) et en 2018 (21,0 %) (données non présentées).

Proportionnellement, les traumatismes par âge étaient plus fréquents chez les adultes de 40 à 49 ans (89,6 pour 100 000 incidents dans l'eSCHIRPT) et les enfants âgés de 2 à 9 ans présentaient la plus faible proportion de traumatismes liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée (28,5 pour 100 000 incidents dans l'eSCHIRPT).

Caractéristiques et conséquences des traumatismes

Parmi les patients ayant subi un traumatisme causé par l'utilisation d'une trottinette motorisée et ayant été examinés au service d'urgence des hôpitaux participants, 35 % ont subi un traumatisme à plus d'une partie du corps (tableau 2). Les traumatismes le plus fréquemment signalés ont été les traumatismes à la tête, dont au visage et à la bouche (dans un quart [25,2 %] des incidents), suivis des traumatismes au poignet (18,2 %) et à l'avant-bras (15,5 %).

Les traumatismes le plus fréquemment diagnostiqués ont été, dans l'ordre : fracture ou luxation (36,9 %), lésion superficielle (18,0 %) et lésion des tissus mous (13,2 %). Une proportion plus élevée d'hommes que de femmes ont présenté une plaie ouverte, notamment une coupure ou une lacération mineure (9,4 % contre 6,9 %) et une lésion superficielle (20,7 % contre 13,0 %). À l'inverse, les femmes ont subi deux fois plus de foulures ou d'entorses (11,1 % contre 4,6 %), une plus grande proportion de fractures et de luxations (41,0 % contre 34,7 %) et une plus grande proportion de lésions des tissus mous (13,8 % contre 12,9 %).

Près des deux tiers des patients (63,7 %) ont reçu un traitement ou ont été placés en observation au service d'urgence, avec un suivi requis pour 33,1 % d'entre eux et recommandé au besoin pour 30,6 % d'entre eux. L'hospitalisation a concerné 14,3 % des patients (n = 75; 70,6 % d'hommes).

Une régression Joinpoint a montré une augmentation statistiquement significative des traumatismes liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée entre 2012 et 2017 (variation annuelle de 18,4 %; p = 0,019).

Analyse

L'objectif de cette étude était d'analyser les traumatismes liés à l'utilisation des trottinettes motorisées en fonction des caractéristiques des patients et des causes, de la nature et des conséquences des traumatismes. Le nombre de ces traumatismes montre une tendance à la hausse entre 2012 et 2017, avec une variation annuelle de 18,4 %. La littérature indique que le nombre croissant de traumatismes est directement lié à une augmentation des

TABLEAU 2
Caractéristiques des traumatismes liés à l'utilisation à l'extérieur d'une trottinette motorisée, eSCHIRPT, 2012 à 2019

Caractéristiques	n (%)		
	Hommes (n = 328)	Femmes (n = 195)	Total (n = 523)
Partie du corps (total des parties concernées)			
Tête, visage, bouche	86 (26,2)	46 (23,6)	132 (25,2)
Cou, colonne vertébrale, dos	31 (9,5)	9 (4,6)	40 (7,6)
Thorax, abdomen, bassin	35 (10,7)	10 (5,1)	45 (8,6)
Épaule, clavicule, partie supérieure du bras	31 (9,5)	16 (8,2)	47 (9,0)
Coude	32 (9,8)	17 (8,7)	49 (9,4)
Avant-bras, y compris le radius et l'ulna	47 (14,3)	34 (17,4)	81 (15,5)
Poignet, y compris le carpe	53 (16,2)	42 (21,5)	95 (18,2)
Main, doigt ou pouce	24 (7,3)	16 (8,2)	40 (7,6)
Hanche et cuisse	17 (5,2)	8 (4,1)	25 (4,8)
Genou	27 (8,2)	22 (11,3)	49 (9,4)
Partie inférieure de la jambe	20 (6,1)	16 (8,2)	36 (6,9)
Cheville	23 (7,0)	18 (9,2)	41 (7,8)
Pied et orteil	27 (8,2)	4 (2,1)	31 (5,9)
Traumatismes multiples à plus d'une partie du corps	116 (35,4)	67 (34,4)	183 (35,0)
Partie du corps non requise[a]	7 (2,1)	1 (0,5)	8 (1,5)
Partie du corps non précisée ou champ vierge	2 (0,6)	3 (1,5)	5 (1,0)
Nature du traumatisme			
Lésion superficielle	99 (20,7)	34 (13,0)	133 (18,0)
Plaie ouverte	45 (9,4)	18 (6,9)	63 (8,5)
Fracture et luxation	166 (34,7)	107 (41,0)	273 (36,9)
Entorse ou foulure	22 (4,6)	29 (11,1)	51 (6,9)
Lésion des tissus mous	62 (12,9)	36 (13,8)	98 (13,2)
Traumatisme fermé mineur à la tête ou commotion cérébrale	34 (7,1)	19 (7,3)	53 (7,2)
Traumatisme crânien majeur (intracrânien)	9 (1,9)	1 (0,4)	10 (1,4)
Lésion d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon	10 (2,1)	6 (2,3)	16 (2,2)
Organe interne	12 (2,5)	2 (0,8)	14 (1,9)
Autre	5 (1,0)	4 (1,5)	9 (1,2)
Non précisé ou champ vierge	15 (3,1)	5 (1,9)	20 (2,7)
Traitement/mesure prise			
Conseils seulement, tests diagnostiques, aiguillage vers un omnipraticien (aucun traitement à l'urgence)	66 (20,1)	47 (24,1)	113 (21,6)
Traitement ou observation à l'urgence, suivi au besoin	104 (31,7)	56 (28,7)	160 (30,6)
Traitement ou observation à l'urgence, suivi requis	104 (31,7)	69 (35,4)	173 (33,1)
Admission à l'hôpital ou à un autre hôpital principalement pour le traitement du traumatisme	53 (16,2)	22 (11,3)	75 (14,3)
Données manquantes	1 (0,3)	1 (0,5)	2 (0,4)

Abréviation : eSCHIRPT, base de données électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

[a] La catégorie « partie du corps non requise » comprend les cas d'intoxication ou d'effet toxique, de noyade ou d'immersion, d'asphyxie ou d'autre menace aux voies respiratoires, d'éreintement systémique, de stress dû à la chaleur ou au froid, de problèmes de santé mentale et d'absence de détection d'un traumatisme.

ventes des trottinettes motorisées et de leur utilisation[9,15].

Les traumatismes ont concerné le plus souvent les jeunes de 10 à 14 ans (34,4 %). Par ailleurs, les causes les plus courantes de traumatisme étaient les chutes (56,0 %), ce qui est conforme aux résultats de rapports antérieurs[10,16,17]. Des études laissent penser que le risque de chute est plus élevé chez les enfants en raison de leur faible poids, de leur centre de gravité élevé et du développement incomplet de leur coordination[14,17,18].

La littérature indique que la majorité des hospitalisations ont eu lieu à la suite d'un traumatisme à la tête, d'un profil traumatique grave ou d'une infection découlant d'une chute[17]. Notre étude a révélé que les traumatismes à la tête formaient la plus grande proportion de l'ensemble des traumatismes (25,2 %) et que moins de la moitié des personnes ayant fourni des renseignements sur l'utilisation d'équipement de protection en utilisaient un (44,9 %), et il s'agissait d'un casque. Ces résultats sont également conformes à la littérature dont on dispose[8-10,12-14] et mettent en lumière la nécessité de promouvoir la sécurité et l'adoption de lois exigeant l'utilisation d'équipement de protection lors de la conduite d'une trottinette motorisée. L'utilisation de protège-poignets et de protège-coudes peut prévenir les blessures aux poignets et aux avant-bras et ainsi réduire l'occurrence des fractures, des luxations et des entorses[12,14-17].

Dans 28,5 % des incidents, le traumatisme s'est produit dans la circulation et 14,3 % de l'ensemble des incidents ont entraîné une hospitalisation. Des études récentes ont montré que les collisions impliquant des utilisateurs de trottinette motorisée et des véhicules automobiles peuvent entraîner des traumatismes graves ou la mort[8,19-21]. Ces observations, ainsi que les résultats de notre étude, soulignent la nécessité de restreindre l'utilisation des trottinettes motorisées dans les zones de circulation intense. Aucun décès n'a été relevé dans l'eSCHIRPT, car les données des services d'urgence ne comprennent pas d'information sur les personnes qui décèdent avant d'être transportées à l'hôpital ou après y avoir été admises[11].

Limites

Le système de surveillance sentinelle de l'eSCHIRPT ne recueille des données

qu'auprès des hôpitaux participants au Canada, ce qui fait que les données ne sont pas nécessairement représentatives des tendances des traumatismes dans l'ensemble du pays. Certaines populations, en particulier la population pédiatrique des centres urbains, sont susceptibles d'être surreprésentées dans l'eSCHIRPT. À l'inverse, les données utilisées dans cette étude peuvent conduire à une sous-estimation des traumatismes si les utilisateurs blessés ne se sont pas rendus dans un service d'urgence participant pour y être traités, s'il s'agissait d'adolescents et d'adultes ayant consulté dans un hôpital général non participant, si les soins ont été fournis dans une clinique sans rendez-vous, ou s'il s'agissait d'Inuits ou de membres d'une Première Nation ou s'ils vivaient en région rurale ou éloignée; dans ces cas, les données n'ont pas été incluses dans notre analyse. Enfin, nous avons effectué des recherches de mots-clés en texte libre pour recenser les occurrences de traumatismes dans la base de données. Or cette stratégie peut introduire un biais en raison du manque de connaissance d'éventuels mots-clés de recherche, de l'utilisation de termes trop spécifiques ou d'une mauvaise classification.

Conclusion

Cette étude fournit un aperçu descriptif de 523 incidents de traumatismes liés à l'utilisation d'une trottinette motorisée consignés dans l'eSCHIRPT entre 2012 et 2019. Nous avons recensé une grande proportion de traumatismes à la tête, à l'avant-bras et au poignet en lien avec l'utilisation d'une trottinette motorisée.

Ces résultats soulignent la nécessité de poursuivre les efforts de prévention et d'améliorer les messages éducatifs sur les pratiques de conduite sécuritaire et l'utilisation d'équipement de protection pour prévenir les traumatismes. Des travaux futurs intégrant la surveillance continue des traumatismes liés à l'utilisation des trottinettes motorisées et des recherches dans ce domaine sont nécessaires pour améliorer la prévention des traumatismes, étant donné la popularité croissante des trottinettes motorisées et de leur utilisation comme moyen de transport.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

SD, MTD, SZ, II, LG, ZW, SRM, JC, AC et GB ont participé à la conception du projet. SD a effectué la revue de la littérature et les analyses de données et a rédigé la première version du manuscrit. SRM, AC et JC ont extrait les données de l'eSCHIRPT. Tous les auteurs ont contribué à la révision de l'article. Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Hosseinzadeh A, Algomaiah M, Kluger R, Li Z. E-scooters and sustainability: investigating the relationship between the density of E-scooter trips and characteristics of sustainable urban development. Sustain Cities Soc. 2021;66: 102624 https://doi.org/10.1016/j.scs.2020.102624

2. Choron RL, Sakran JV. The integration of electric scooters: useful technology or public health problem? Am J Public Health. 2019;109(4):555-556. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.304955

3. Islam A, Koger K, VandenBerg S, Wang D, Lang E. P081: The summer of the e-scooter: a multicenter evaluation of the emergency department impact of rentable motorized scooters in Calgary. CJEM. 2020;22(S1):S93. https://doi.org/10.1017/cem.2020.287

4. Smith CS, Joseph PS. E-scooter scenarios: evaluating the potential mobility benefits of shared dockless scooters in Chicago [Internet]. Chicago (IL): Chaddick Institute for Metropolitan Development at DePaul University; 2018. En ligne à : https://las.depaul.edu/centers-and-institutes/chaddick-institute-for-metropolitan-development/research-and-publications/Documents/E-ScooterScenariosMicroMobilityStudy_FINAL_20181212.pdf

5. Curl A, Fitt H. Same same, but different? Cycling and e-scootering in a rapidly changing urban transport landscape. N Z Geog. 2020;76(3):194-206. https://doi.org/10.1111/nzg.12271

6. Siman-Tov M, Radomislensky I, Peleg K; Israel Trauma Group. The casualties from electric bike and motorized scooter road accidents. Traffic Inj Prev. 2017;18(3):318-323. https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1246723

7. Zagorskas J, Burinskienė M. Challenges caused by increased use of e-powered personal mobility vehicles in European Cities. Sustainability (Basel). 2020; 12(1):273. https://doi.org/10.3390/su12010273

8. Kobayashi LM, Williams E, Brown CV, et al. The emerging epidemic of e-scooters. Trauma Surg Acute Care Open. 2019;4(1):e000337. https://doi.org/10.1136/tsaco-2019-000337

9. Namiri NK, Lui H, Tangney T, Allen IE, Cohen AJ, Breyer BN. Electric scooter injuries and hospital admissions in the United States, 2014-2018. JAMA Surg. 2020;155(4):357-359. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.5423

10. Berenbaum E. E-scooter injuries. Toronto (ON): Public Health Ontario; 2021.

11. Agence de la santé publique du Canada. Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [consultation le 13 fév. 2017]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/systeme-canadien-hospitalier-information-recherche-prevention-traumatismes.html

12. Do MT, McFaull S, Cheesman J, et al. Blessures associées aux planches gyroscopiques traitées à l'urgence : plate-forme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, de 2015 à 2016. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016; 36(12):351-352. https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.12.06f

13. Austin Public Health. 2019. Dockless electric scooter-related injuries study. Austin (TX): Austin Public Health. 2018. En ligne à : http://www.austintexas.gov/sites/default/files/files/Health/Web_Dockless_Electric_Scooter-Related_Injury_Study_final_version_EDSU_5.14.19.pdf

14. Sobel AD, Reid DB, Blood TD, Daniels AH, Cruz Jr, AI. Pediatric orthopedic hoverboard injuries: a prospectively enrolled cohort. J Pediatr. 2017;190: 271-274. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.07.041

15. Siracuse BL, Ippolito JA, Gibson PD, Beebe KS. Hoverboards: a new cause of pediatric morbidity. Injury. 2017; 48(6):1110-1114. https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.03.028

16. Schapiro AH, Lall NU, Anton CG, Trout AT. Hoverboards: spectrum of injury and association with an uncommon fracture. Pediatr Radiol. 2017;47(4):437-441. https://doi.org/10.1007/s00247-016-3766-9

17. Weingart GS, Glueckert L, Cachaper GA, Zimbro KS, Maduro RS, Counselman F. Injuries associated with hoverboard use: a case series of emergency department patients. West J Emerg Med. 2017;18(6):993-999. https://doi.org/10.5811/westjem.2017.6.34264

18. Boniface K, McKay MP, Lucas R, Shaffer A, Sikka N. Serious injuries related to the Segway® personal transporter: a case series. Ann Emerg Med. 2011;57(4):370-374. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.06.551

19. Mitchell G, Tsao H, Randell T, Marks J, Mackay P. Impact of electric scooters to a tertiary emergency department: 8-week review after implementation of a scooter share scheme. Emerg Med Australas. 2019;31(6):930-934. https://doi.org/10.1111/1742-6723.13356

20. Al-Kashmiri A, Hasan AQ, Al-Shaqsi S. Rolling danger: the epidemiology of injuries caused by hover boards in the United States in five years (2011–2016). J Emerg Crit Care Med. 2017; 1(11):32. https://doi.org/10.21037/jeccm.2017.10.02

21. Moore R. Scoot over: the growth of micromobility in the South. Decatur (GA): Southern Office of the Council of State Governments; 2019.

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 2022.

Campeau A, Champagne AS, McFaull SR. Sentinel surveillance of substance-related self-harm in Canadian emergency departments, 2011 – 19. BMC Public Health. 2022;22(1):974. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13287-6

Khabsa J, Petkovic J, Riddle A, […] **Jaramillo Garcia A**, **Limburg H**, et al. PROTOCOL: conflict of interest issues when engaging stakeholders in health and healthcare guideline development: a systematic review. Campbell Syst Rev. 2022;18(2):e1232. https://doi.org/10.1002/cl2.1232

Magwood O, Riddle A, Petkovic J, […] **Limburg H**, et al. PROTOCOL: barriers and facilitators to stakeholder engagement in health guideline development: a qualitative evidence synthesis. Campbell Syst Rev. 2022;18(2):e1237. https://doi.org/10.1002/cl2.1237

Prince SA, **Lancione S**, **Lang JJ**, **Amankwah N**, **de Groh M**, **Jaramillo Garcia A**, […] **Geneau R**. Examining the state, quality and strength of the evidence in the research on built environments and physical activity among children and youth: an overview of reviews from high income countries. Health Place. 2022;76:102828. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102828