

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 43 · numéro 12 · décembre 2023

Dans ce numéro

Recherche qualitative originale

- 543** Activités politiques corporatives de l'industrie bioalimentaire pendant la révision du guide alimentaire canadien par Santé Canada

Recherche quantitative originale

- 559** Disparités sociales dans la consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens
- 573** Estimation de l'exhaustivité des demandes de remboursement des médecins dans une optique de détermination des cas de diabète : étude menée dans plusieurs provinces

Annonce

- 585** Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâties, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques
- 587** 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

Robert Geneau, Ph. D. Rédacteur scientifique en chef	Alexander Tservadze, M.D., Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint
Margaret de Groh, Ph. D. Rédactrice scientifique en chef déléguée	Paul Villeneuve, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint
Tracie O. Afifi, Ph. D. Rédactrice scientifique adjointe	Neel Rancourt, B.A. Gestionnaire de la rédaction
Minh T. Do, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint	Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed. Responsable de la production
Justin J. Lang, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint	Nicolas Fleet, B. Sc. Soc. Adjoint à la production
Scott Leatherdale, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint	Susanne Moehlenbeck Rédactrice adjointe
Gavin McCormack, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint	Joanna Odrowaz, B. Sc. Réviseure et correctrice d'épreuves
Heather Orpana, Ph. D. Rédactrice scientifique adjointe	Anna Olivier, Ph. D. Réviseure et correctrice d'épreuves
Kelly Skinner, Ph. D. Rédactrice scientifique adjointe	Dawn Slawecski, B.A. Réviseure et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H. Agence de la santé publique du Canada	Lisa Bourque Bearskin, Ph. D. Thompson Rivers University
Martin Chartier, D.M.D. Agence de la santé publique du Canada	Erica Di Ruggiero, Ph. D. University of Toronto
Leonard Jack, Jr, Ph. D. Centers for Disease Control and Prevention	Howard Morrison, Ph. D. Agence de la santé publique du Canada
Jean-Claude Moubarac, Ph. D. Université de Montréal	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
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, 2023

ISSN 2368-7398

Pub. 220502

HPCDP.journal-revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca

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

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

Recherche qualitative originale

Activités politiques corporatives de l'industrie bioalimentaire pendant la révision du guide alimentaire canadien par Santé Canada

Marie-Chantal Robitaille, M. Sc. (1,2); Mélissa Mialon, Ph. D. (3); Jean-Claude Moubarac, Ph. D. (1,2)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Nous avons analysé les activités politiques corporatives de l'industrie bioalimentaire pendant le processus de révision du guide alimentaire canadien entre 2016 et 2019.

Méthodologie. Nous avons entrepris une analyse du contenu du site Web de 11 organisations de l'industrie bioalimentaire et des mémoires que 10 d'entre elles ont présentés au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes du Canada dans le cadre de la révision du guide alimentaire canadien par le Comité. Les données ont été classées selon un cadre conceptuel préexistant.

Résultats. Nous avons relevé 366 exemples d'activités politiques utilisées par des organisations de l'industrie bioalimentaire pendant et immédiatement après l'élaboration du guide alimentaire canadien. La plupart des acteurs de l'industrie se sont opposés aux recommandations du guide. Les stratégies les plus utilisées étaient la gestion de l'information ($n = 197$), pour créer et diffuser de l'information en faveur des positions de l'industrie, et des stratégies discursives ($n = 108$), pour défendre certains produits alimentaires et promouvoir la position de l'industrie à l'égard du guide alimentaire. Parmi les autres stratégies couramment employées, citons les activités visant à influencer les politiques publiques ($n = 40$), en obtenant un accès indirect aux décideurs (par exemple par le lobbying) et en participant activement au processus décisionnel du gouvernement, et les activités de gestion de coalition ($n = 21$), qui consistaient à établir des relations avec des leaders d'opinion et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé.

Conclusion. Les acteurs de l'industrie bioalimentaire ont utilisé de nombreuses stratégies pour mener des activités politiques corporatives pendant la révision du guide alimentaire canadien. Il est important de continuer à documenter les activités politiques menées par les organisations de l'industrie bioalimentaire pour comprendre si et comment elles façonnent l'élaboration des politiques publiques au Canada et ailleurs.

Mots-clés : *activités politiques corporatives, déterminants commerciaux de la santé, industrie bioalimentaire, politiques publiques, guide alimentaire canadien, santé publique*

Introduction

Entre 2016 et 2019, Santé Canada a entrepris de revoir le guide alimentaire canadien¹. La nouvelle version du guide encourage les Canadiens à cuisiner plus souvent

leurs propres aliments, à manger plus d'aliments à base de végétaux, à réduire leur consommation de viande et à limiter leur consommation d'aliments hautement transformés². Autre changement important, les catégories « lait et substituts » et

« viande et substituts » ont disparu, et les aliments qu'elles visaient sont maintenant moins mis en évidence dans la nouvelle catégorie des « aliments protéinés »². Ces recommandations, si elles sont adoptées par les Canadiens, auront une incidence

Rattachement des auteurs :

1. Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
2. Centre de recherche en santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
3. Trinity Business School, Trinity College Dublin, Dublin, Irlande

Correspondance : Jean-Claude Moubarac, Université de Montréal, Pavillon Liliane de Stewart, 2405, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, local 1248, Montréal (Québec) H3T 1A8; tél. : 514-343-6111, poste 28843; courriel : jc.moubarac@umontreal.ca

sur les profits de certains segments de l'industrie bioalimentaire³, en particulier les secteurs de la viande, des produits laitiers et des aliments ultratransformés.

Pendant l'élaboration du guide alimentaire, Santé Canada a permis au public d'accéder à des renseignements utiles et pertinents sur la santé et la sécurité sur son site Web. Santé Canada a également décidé de ne pas rencontrer de représentants de l'industrie pendant le processus d'élaboration^{1,4}, afin d'éviter des conflits d'intérêts ainsi qu'une influence indue de la part de ces derniers. De plus, les experts universitaires que Santé Canada a consultés pendant le processus de révision n'avaient aucun conflit d'intérêts en ce qui concerne l'élaboration et la révision du guide alimentaire¹.

Il a été prouvé que l'industrie bioalimentaire interfère avec l'élaboration de politiques alimentaires publiques à l'échelle mondiale en menant des activités politiques corporatives⁵⁻¹¹. Par ces activités, l'industrie cherche à façonner les politiques publiques de manière à protéger ou à élargir ses marchés ou à favoriser ses intérêts⁶. Ces activités consistent en des stratégies instrumentales (actions menées par l'industrie) et en des stratégies discursives (arguments présentés par l'industrie)⁸. Ces stratégies instrumentales sont la gestion de l'information, les activités de gestion de coalition, les actions en justice, la participation directe à l'élaboration des politiques publiques et diverses autres activités visant à influencer ces politiques. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est dite préoccupée par le fait que ces activités pourraient limiter la capacité des gouvernements à élaborer et à maintenir des politiques de santé publique efficaces^{12,13}.

L'industrie bioalimentaire (ainsi que d'autres intervenants) a eu l'occasion de participer aux phases de consultation publique du processus de révision. Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a mené une brève étude du guide alimentaire le 9 novembre 2017. Deux réunions ont eu lieu la même année, soit le 5 décembre et le 12 décembre. Deux réunions supplémentaires prévues pour juin 2018 ont été annulées. Les intervenants ont été invités à présenter des mémoires à la mi-2018. Le président du Comité permanent a envoyé une lettre à la ministre de la Santé à ce sujet à l'été 2018. La ministre

de la Santé a répondu à l'automne 2018, avant la publication du nouveau guide alimentaire.

Dans une étude de cas, la correspondance et les présentations échangées entre Santé Canada, l'industrie et d'autres intervenants après la publication de la Stratégie en matière de saine alimentation de 2016 ont été analysées¹⁴. Les données de cette étude ont été obtenues sur le site Web de Santé Canada portant sur la transparence et l'ouverture, et les auteurs de l'étude ont indiqué que « les intervenants de l'industrie sont très actifs dans leurs tentatives d'influencer les politiques nutritionnelles canadiennes »^{14, p. 1} [traduction].

Jusqu'à présent, aucune étude n'a analysé les stratégies employées par l'industrie bioalimentaire pour mener des activités politiques corporatives pendant la révision des lignes directrices nationales sur l'alimentation. Les objectifs de nos travaux étaient les suivants : 1) étudier les activités politiques corporatives de l'industrie bioalimentaire au cours de la dernière série de révisions du guide alimentaire canadien et 2) analyser les positions de l'industrie concernant les principes directeurs proposés par Santé Canada au cours du processus de révision.

Méthodologie

Cette étude de cas instrumentale nous a permis d'effectuer une analyse qualitative approfondie des phénomènes dans leur contexte naturel¹⁵. La question à l'étude était le recours aux activités politiques par diverses organisations de l'industrie bioalimentaire pendant la révision du guide alimentaire canadien menée par Santé Canada^{3,5}. Les organisations étudiées ont constitué les unités utilisées pour l'analyse.

Étude de cas et échantillon

Afin d'élaborer le guide alimentaire, Santé Canada a examiné la littérature scientifique

et a mené deux séries de consultations publiques sur les éléments à prendre en considération pour tenir compte du contexte canadien¹. La première ronde de consultations s'est déroulée du 24 octobre au 8 décembre 2016 et a porté sur la vision du guide et les considérations d'ordre général. En réponse à la rétroaction découlant de cette consultation publique, Santé Canada a proposé trois principes directeurs à utiliser pour éclairer les futures politiques publiques canadiennes en matière d'alimentation¹ (tableau 1). Des commentaires sur ces trois principes directeurs ont été sollicités lors de la deuxième série de consultations publiques tenues à l'été 2017¹.

Par ailleurs, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a tenu deux séances sur le guide alimentaire et a accepté des mémoires rédigés par l'industrie bioalimentaire et la société civile en 2018. Sur les 17 mémoires qui ont été déposés, nous avons choisi pour notre étude les 10 qui provenaient de l'industrie bioalimentaire. Les autres mémoires provenaient d'organismes de recherche en santé publique ou en nutrition. Chaque acteur de l'industrie a présenté un mémoire, à l'exception des Producteurs laitiers du Canada (PLC), qui en ont déposé deux. Le Conseil canadien du jus (CCJ) a déposé le mémoire le plus long (43 pages), et le Conseil canadien des pêches (CCP), le plus court (5 pages). Aucun de ces acteurs n'est un fabricant d'aliments : ce sont les associations commerciales représentant les fabricants qui ont déposé des mémoires au nom des entreprises qui en sont membres.

Nous avons également inclus un autre acteur clé pour mieux représenter la diversité des acteurs de l'industrie bioalimentaire au Canada, soit le Conseil de la transformation alimentaire du Québec (CTAQ), une association provinciale qui représente les fabricants de produits alimentaires.

TABLEAU 1
Trois principes directeurs du guide alimentaire canadien de 2019

Principe 1	Une variété d'aliments et de boissons nutritifs est le fondement de la saine alimentation; Santé Canada recommande la consommation régulière de légumes, de fruits, de grains entiers et d'aliments riches en protéines, en particulier des protéines d'origine végétale.
Principe 2	Les aliments et les boissons préparés ou transformés à teneur élevée en sodium, en sucres ou en gras saturés nuisent à une saine alimentation.
Principe 3	Des connaissances et compétences sont nécessaires pour naviguer dans un environnement alimentaire complexe et favoriser une saine alimentation.

Les 11 organisations de l'industrie bioalimentaire incluses dans notre étude sont énumérées dans le tableau 2.

Collecte et analyse des données

L'équipe de recherche a recueilli des données à partir de documents publiés pendant et immédiatement après la révision du guide alimentaire, entre octobre 2016 et mars 2019. L'une des membres de l'équipe (MCR) a recueilli ces données d'octobre 2018 à mars 2019, soit jusqu'à deux mois après le lancement du guide alimentaire. Nous avons également continué d'analyser le site Web des 11 organisations de l'industrie bioalimentaire après la publication du guide alimentaire (en janvier 2019) afin d'évaluer les effets des stratégies en activités politiques utilisées par ces organisations. Il est à noter que nous avons mis fin à la collecte de données en mars 2019, date après laquelle nous avons constaté que des données supplémentaires ne contribueraient pas de façon statistiquement significative à enrichir ou à contredire notre analyse.

Nous avons analysé le contenu des mémoires rédigés par les organisations de l'industrie en réponse à une invitation du Comité permanent de la santé à formuler des commentaires sur les recommandations du guide alimentaire et nous avons analysé le contenu des sites Web de l'industrie¹⁶. Nous avons consulté le site Web des 11 organisations de l'industrie bioalimentaire à l'aide de la fonction de recherche générale et des mots clés « *Canada food*

guide » (guide alimentaire canadien) et « *guiding principles* » (principes directeurs). L'analyse repose sur les commentaires des organisations de l'industrie à propos des trois principes directeurs et des recommandations de Santé Canada. Les documents liés à d'autres politiques, comme l'étiquetage sur le devant des emballages, n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Une fois les documents obtenus et extraits sur son ordinateur personnel, l'une des membres de l'équipe de recherche (MCR) en a analysé le contenu selon un cadre élaboré par le Réseau INFORMAS – un réseau international qui agit en faveur de l'action, de l'analyse et de la recherche en matière d'alimentation, d'obésité et d'autres maladies non transmissibles¹⁷ – qui est utilisé dans des dizaines de pays pour classer les activités politiques corporatives menées par l'industrie bioalimentaire^{9-11,14,18-27}. Selon cette approche déductive de l'analyse des données, nous avons d'abord utilisé le cadre pour coder chaque texte en tant que stratégie instrumentale ou stratégie discursive (tableau 3). Nous avons ensuite catégorisé les stratégies employées par les organisations de l'industrie selon les pratiques générales puis selon les mécanismes concrets utilisés pour la mise en œuvre des pratiques. Les codes et les textes correspondants ont été copiés et collés dans un fichier Microsoft Excel 2019 (Microsoft Corp., Redmond, Washington, États-Unis). Il était ainsi plus facile de coder les documents et de les transmettre électroniquement aux membres de l'équipe.

Pour valider le codage, un autre membre de l'équipe (JCM) a revu tous les renseignements et les codes et a proposé des modifications et des révisions au besoin. Enfin, la troisième membre de l'équipe (MM) a vérifié au hasard le cinquième des renseignements et des codes utilisés. Le degré de concordance entre les évaluateurs a été de 81 %. À la suite de cette analyse, l'équipe a discuté des points de divergence pour finaliser la codification. Pour chaque document analysé, nous nous sommes concentrés sur la façon dont le texte était rédigé, sur son contenu général et sur la façon dont les 11 organisations de l'industrie bioalimentaire ont communiqué leur position. Ensuite, nous avons apparié les textes à chaque principe directeur correspondant et nous avons déterminé la position et le discours des acteurs concernant les recommandations des principes.

Dans le cadre que nous avons utilisé, il est possible qu'il y ait un chevauchement entre les différentes stratégies d'activité politique. Dans certains cas, un exemple d'activité politique entrait dans deux catégories, ce que les auteurs du cadre ont mentionné⁶. Les membres de l'équipe de recherche se sont entendus sur la catégorisation après en avoir discuté entre eux.

En ce qui concerne le second objectif, nous avons cerné, le cas échéant, les thèmes récurrents liés aux positions des acteurs de l'industrie bioalimentaire à l'égard de chacun des principes directeurs. Nous nous sommes concentrés sur le contenu des messages et sur la façon dont les positions étaient communiquées par les acteurs. Les citations ont été regroupées en fonction des principes directeurs en cause. Dans l'analyse finale, nous avons cerné, lorsqu'il était pertinent de le faire, les thèmes récurrents correspondant à la position des acteurs pour chacun des principes directeurs. Une chercheuse (MCR) a choisi les citations et les deux autres chercheurs (MM et JCM) ont collaboré à la révision de l'ensemble de l'analyse.

Considérations d'ordre éthique

Le protocole de recherche a été soumis au Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (Québec, Canada). Comme les données utilisées dans ces travaux de recherche sont publiques, aucune approbation éthique n'était nécessaire.

TABLEAU 2
Organisations de l'industrie bioalimentaire^a incluses dans notre étude

Organisation de l'industrie bioalimentaire	Secteur représenté
Conseil canadien du jus (CCJ)	Jus et boissons
Conseil des viandes du Canada (CVC)	Viande
Producteurs de poulet du Canada (PPC)	Volaille
Conseil de la transformation alimentaire du Québec (CTAQ)	Aliments transformés
Producteurs laitiers du Canada (PLC)	Produits laitiers
Association des transformateurs laitiers du Canada (ATLC)	Produits du lait transformés
Producteurs d'œufs du Canada (POC)	Œufs
Conseil canadien des pêches (CCP)	Poissons
Produits alimentaires et de consommation du Canada (PACC)	Aliments transformés
Association nationale des engrangeurs de bovins (ANEBC)	Viande
Éleveurs de dindon du Canada (EDC)	Volaille

^a Sur les 17 mémoires soumis au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes relativement au guide alimentaire, les 10 qui provenaient de l'industrie bioalimentaire ont été inclus dans cette étude. Le Conseil de la transformation alimentaire du Québec (CTAQ) a également été inclus afin que la diversité des acteurs de l'industrie bioalimentaire au Canada soit mieux représentée.

TABLEAU 3
Cadre utilisé pour l'analyse des activités politiques corporatives de l'industrie bioalimentaire
dans le contexte du processus de révision au guide alimentaire canadien, octobre 2016 à mars 2019

	Pratiques	Mécanismes
Stratégies instrumentales		
		Promouvoir les interactions public-privé avec les organismes de santé
Gestion de coalition	Établissement de relations avec d'importants leaders d'opinion et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé	Soutenir les organismes professionnels, notamment en les finançant ou en faisant de la publicité dans leurs publications
	Implication dans la communauté	Établir des relations informelles avec d'importants leaders d'opinion
	Établissement de relations avec les médias	Appuyer le placement de personnes favorables à l'industrie au sein des organisations œuvrant dans le domaine de la santé
	Contrefaçon d'un mouvement d'opinion	Faire du mécénat
	Opposition, fragmentation et déstabilisation	Appuyer les initiatives liées à l'activité physique
Gestion de l'information	Production de renseignements ou de données	Soutenir des événements (comme pour la jeunesse ou les arts) et des initiatives locales
	Amplification de renseignements ou de données	Établir des relations étroites avec des organisations de médias, des journalistes et des blogueurs pour faciliter la promotion par l'intermédiaire des médias
	Suppression de renseignements ou de données	Mettre sur pied de fausses organisations populaires (<i>astroturfing</i>)
	Utilisation de la crédibilité d'un tiers	Obtenir le soutien des communautés et des groupes d'affaires pour qu'ils s'opposent aux mesures de santé publique
		Discréditer les défenseurs de la santé publique, personnellement et publiquement, par exemple dans des médias, des blogues
Participation et influence en lien avec l'élaboration des politiques		Infiltrez les groupes et les organismes de défense de la santé publique, et surveiller leurs activités et stratégies
		Créer un antagonisme entre professionnels
	Accès indirect aux décideurs	Financer la recherche, notamment les établissements de recherche qui leur appartiennent, des universitaires, des auteurs fantômes et des groupes de façade
	Incitatifs	Choisir des données qui favorisent l'industrie, y compris des données non publiées ou n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs
	Menaces	Participer à des événements scientifiques et en organiser
Actions en justice	Participation active au processus décisionnel du gouvernement	Proposer une formation parrainée par l'industrie
	Actions en justice (ou menace de telles actions) contre des politiques publiques ou des opposants	Réprimer la diffusion de travaux de recherche qui ne cadrent pas avec les intérêts de l'industrie
	Impact sur l'élaboration des accords de commerce et d'investissement	Souligner les désaccords qui existent entre scientifiques et les doutes qui entourent les questions scientifiques
		Critiquer les données et souligner leur complexité et leur incertitude
		Dissimuler les liens entre l'industrie et l'information/les données, en utilisant notamment des scientifiques comme conseillers, consultants ou porte-parole.
Stratégies discursives		Faire pression directement ou indirectement (par des tiers) pour favoriser l'adoption de lois et de règlements avantageux pour l'industrie
		Recourir au principe de la « porte tournante », selon lequel d'anciens employés de l'industrie alimentaire travaillent dans des organisations gouvernementales et vice-versa.
		Financer et fournir des incitatifs financiers à des partis politiques et à des décideurs (dons, cadeaux, activités de divertissement, etc.)
		Menacer de mettre un terme aux investissements si de nouvelles politiques de santé publique sont adoptées
		Solliciter la participation à des groupes de travail, à des groupes techniques et à des groupes consultatifs
		Fournir un soutien technique et des conseils aux décideurs (dont des services-conseils)
		Intenter ou menacer d'intenter des actions en justice contre des gouvernements, des organisations ou des particuliers
		Influencer l'élaboration des accords de commerce et d'investissement afin que des clauses favorables à l'industrie soient incluses (restrictions commerciales limitées, mécanismes permettant aux organisations de poursuivre les gouvernements, etc.)

Source : Mialon et al. (2015)³⁴

Résultats

Recours à des activités politiques corporatives par l'industrie bioalimentaire

Nous avons analysé 11 mémoires mis à la disposition du public sur le site Web de la Chambre des communes et 13 documents extraits du site Web de 11 organisations de l'industrie bioalimentaire.

Dans les documents pertinents, nous avons relevé 366 exemples d'activités politiques corporatives pendant l'élaboration du guide alimentaire. Les stratégies d'activité politique les plus courantes que nous avons documentées dans notre analyse ont été les stratégies de gestion de l'information (n = 197), les stratégies discursives (n = 108), l'implication et l'exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques (n = 40) et les stratégies de gestion de coalition (n = 21) (tableau 4). Plus de la moitié des exemples mentionnés concernent une stratégie de gestion de l'information.

Les pratiques de gestion de l'information les plus courantes étaient la suppression, l'amplification ou la production de données liées au guide alimentaire, par exemple en discréditant les données scientifiques établies et en prétendant qu'il subsistait des doutes sur un sujet donné (tableau 5). L'obtention d'un accès indirect aux décideurs (par exemple en faisant du lobbying) et la volonté de participer activement au processus décisionnel du gouvernement étaient des pratiques courantes dans la catégorie « implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques ».

Les arguments le plus souvent utilisés par les organisations ayant recours à une stratégie discursive étaient ceux qui recentraient

le débat sur les questions d'alimentation et de santé de manière à favoriser les intérêts de l'industrie et à présenter les répercussions économiques négatives des politiques publiques sur l'industrie. Par exemple, certaines organisations mettaient en valeur les avantages qu'elles apportaient à l'économie canadienne, en soulignant le nombre d'emplois qu'elles généraient.

La pratique de gestion de coalition le plus souvent observée était le recrutement de tiers ou l'établissement de relations avec des leaders d'opinion et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé qui défendent les intérêts de l'industrie bioalimentaire. Les pratiques utilisées étaient assez semblables dans tous les secteurs de l'industrie, mais il y avait des écarts importants entre certains acteurs quant à la fréquence de certaines pratiques.

Les organisations de l'industrie bioalimentaire les plus actives dans leur recours aux activités politiques corporatives étaient les Producteurs laitiers du Canada (n = 87; 23,8 % de l'ensemble des activités politiques), le Conseil canadien du jus (n = 73; 19,9 % de l'ensemble des activités politiques) et l'Association nationale des engrangeurs de bovins (n = 60; 16,4 % de l'ensemble des activités politiques) (tableau 5). Cela n'est pas surprenant étant donné que la consommation de jus, de produits laitiers et de viande diminuerait probablement si les Canadiens suivaient les nouvelles recommandations du guide alimentaire, ce qui fait que les organisations de l'industrie correspondantes ont sans doute investi plus de ressources et déployé plus d'efforts pour mener leurs activités politiques corporatives.

Les pratiques les plus fréquemment utilisées selon notre étude étaient la suppression de l'information défavorable à

l'industrie bioalimentaire (n = 98) et l'amplification de l'information avec laquelle l'industrie était d'accord (n = 80) (tableau 6). Les acteurs de l'industrie ont critiqué les données scientifiques établies en soulignant leur complexité et leur incertitude : ils ont fait valoir que certaines des données probantes sous-jacentes aux recommandations alimentaires devaient être plus récentes ou plus pertinentes ou appuyées par plus de données probantes. Par exemple, dans son mémoire, l'association commerciale Produits alimentaires et de consommation du Canada a remis en question le fondement scientifique des recommandations sur les sucres ajoutés. De même, les Producteurs laitiers du Canada ont affirmé que la réduction proposée de la quantité de produits laitiers dans une alimentation saine n'était pas fondée sur des données probantes.

Les mécanismes le plus souvent employés étaient « la critique des données scientifiques établies en soulignant leur complexité et leur incertitude » (dans le cadre de la pratique consistant à supprimer des données) et « la sélection de données favorables à l'industrie » (dans le cadre de la pratique consistant à amplifier de telles données), en particulier la présentation de renseignements inexacts, déformés ou exagérés sans preuve à l'appui (tableau 7). Par exemple, dans leur mémoire, les Producteurs laitiers du Canada ont déclaré que « depuis 2015, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC s'oppose à l'idée d'établir un seuil ou une limite pour les gras saturés et préconise plutôt de mettre l'accent sur une alimentation saine et équilibrée » [traduction]. En fait, contrairement à l'affirmation des Producteurs laitiers du Canada, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC ne s'est pas opposée aux recommandations : elle considère qu'il faut mettre l'accent sur la qualité globale de l'alimentation pour réduire l'apport en gras saturés et n'a pas précisé de seuil ou de limite pour les gras saturés²⁸.

Nous avons constaté que les stratégies discursives le plus fréquemment utilisées (n = 108) consistaient à « recentrer le débat sur les questions d'alimentation et de santé publique » (n = 58) et à « affirmer qu'il y aurait des coûts pour l'industrie » (n = 40) (tableau 6). Dans le contexte où Santé Canada consultait des experts universitaires au besoin pendant le processus de révision plutôt que dans le cadre d'un comité d'experts officiel,

TABLEAU 4
Stratégies utilisées par les organisations de l'industrie bioalimentaire pour mener des activités politiques en lien avec le processus de révision du guide alimentaire canadien entre octobre 2016 et mars 2019

Stratégie en matière d'activité politique	Fréquence d'utilisation dans les documents extraits	
	n	%
Gestion de l'information	197	53,8
Stratégies discursives	108	29,5
Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques	40	10,9
Gestion de coalition	21	5,8
Total	366	100

TABLEAU 5

Pratiques utilisées par diverses organisations de l'industrie bioalimentaire pour mener des activités politiques corporatives en lien avec le processus de révision du guide alimentaire canadien entre octobre 2016 et mars 2019

Stratégie en matière d'activité politique	Pratique en matière d'activité politique	PPC	EDC	POC	ANEB	CCP	CVC	PLC	PACC	ATLC	CCJ	CTAQ	Total
Gestion de l'information	Suppression de renseignements ou de données	4	4	3	20	1	10	33	7	2	10	4	98
	Amplification de renseignements ou de données	4	1	1	18	2	4	20	2	5	18	5	80
	Production de renseignements ou de données	–	–	1	2	–	–	6	1	–	5	1	16
	Utilisation de la crédibilité d'un tiers	–	–	–	1	–	–	2	–	–	–	–	3
													197
Stratégies discursives	Recenter le débat sur les questions d'alimentation et de santé publique de manière à favoriser les intérêts de l'industrie	2	1	5	7	3	14	6	8	5	6	1	58
	Coût prévu pour l'industrie	1	1	–	2	–	1	4	7	2	16	6	40
	Acteur important dans l'économie du pays	–	1	–	–	1	–	1	3	1	2	–	9
	Problèmes de gouvernement dans le processus	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1
													108
Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques	Accès indirect aux décideurs	1	–	–	1	–	1	10	4	–	6	–	23
	Participation active au processus décisionnel du gouvernement	2	–	–	2	–	–	2	4	2	3	2	17
													40
Gestion de coalition	Recrutement de tiers – établissement de relations avec des leaders d'opinion et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé	–	–	–	7	–	–	2	–	–	5	–	14
	Opposition, fragmentation et déstabilisation	2	–	–	–	–	–	2	1	–	–	1	6
	Création d'un réseau de soutien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1
													21
Total (n et %)		16 (4,4)	8 (2,2)	10 (2,7)	60 (16,4)	7 (1,9)	31 (8,5)	87 (23,8)	37 (10,1)	17 (4,6)	73 (19,9)	20 (5,5)	366 (100)

Abréviations : ANEB, Association nationale des engrangeurs de bovins; ATLC, Association des transformateurs laitiers du Canada; CCJ, Conseil canadien du jus; CCP, Conseil canadien des pêches; CTAQ, Conseil de la transformation alimentaire du Québec; CVC, Conseil des viandes du Canada; EDC, Éleveurs de dinde du Canada; PACC, Produits alimentaires et de consommation du Canada; PLC, Producteurs laitiers du Canada; POC, Producteurs d'œufs du Canada; PPC, Producteurs de poulet du Canada.

TABLEAU 6

Fréquence des pratiques couramment utilisées par diverses organisations de l'industrie bioalimentaire pour mener des activités politiques corporatives en lien avec le processus de révision du guide alimentaire canadien entre octobre 2016 et mars 2019

Pratique en matière d'activité politique	Stratégie en matière d'activité politique	Fréquence d'utilisation	
		n	%
Suppression de renseignements ou de données	Gestion de l'information	98	26,8
Amplification de renseignements ou de données	Gestion de l'information	80	21,9
Recentrage du débat sur les questions d'alimentation et de santé publique de manière à favoriser les intérêts de l'industrie	Stratégie discursive	58	15,8
Coût prévu pour l'industrie	Stratégie discursive	40	10,9
Accès indirect aux décideurs	Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques	23	6,3
Participation active au processus décisionnel du gouvernement	Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques	17	4,6
Production de renseignements ou de données	Gestion de l'information	16	4,4
Recrutement de tiers – établissement de relations avec des leaders d'opinion et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé	Gestion de coalition	14	3,8
Acteur important dans l'économie du pays	Stratégie discursive	9	2,5
Opposition, fragmentation et déstabilisation	Gestion de coalition	6	1,6
Utilisation de la crédibilité d'un tiers	Gestion de l'information	3	0,8
Création d'un réseau de soutien	Gestion de coalition	1	0,3
Problèmes de gouvernance dans le processus	Stratégie discursive	1	0,3
Total	–	366	100

L'industrie bioalimentaire a remis en question la décision de faire appel à des experts entièrement indépendants n'ayant aucun intérêt commercial. Dans le mémoire qu'ils ont déposé, les Producteurs d'œufs du Canada ont souligné « l'importance de consulter à la fois des producteurs d'aliments et des professionnels de la santé et de dialoguer avec ces deux catégories d'intervenants pour assurer un équilibre des opinions tout au long du processus » [traduction]. Produits alimentaires et de consommation du Canada a fait valoir que ce serait un mauvais service à rendre aux Canadiens de ne pas offrir à l'industrie bioalimentaire l'occasion d'apporter son expertise technique, scientifique et alimentaire à la discussion. Produits alimentaires et de consommation du Canada a également remis en question le fondement scientifique de la décision d'exclure l'industrie. Le Conseil des viandes du Canada a demandé que l'industrie alimentaire participe aux consultations en vue de la révision du guide alimentaire car elle possède une vaste expertise en nutrition et en science ainsi qu'une expérience dans l'éducation des consommateurs. Cette déclaration ajoute à la confusion puisque le Conseil des viandes du Canada a participé aux consultations publiques tenues en ligne et a donc été impliqué dans le processus, contrairement à ce que prétend l'organisation.

En ce sens, certaines organisations de l'industrie bioalimentaire ont défendu une vision de la santé publique qui différait de l'approche utilisée par Santé Canada en matière d'élaboration de politiques. D'autres intervenants ont affirmé qu'ils avaient le droit d'assister aux discussions en tant qu'experts tout aussi qualifiés que les experts indépendants consultés par Santé Canada.

De plus, le Conseil canadien du jus, les Producteurs laitiers du Canada, Produits alimentaires et de consommation du Canada et le Conseil de la transformation alimentaire du Québec ont qualifié les principes directeurs de potentiellement préjudiciables à l'économie du pays en raison du coût que la mise en œuvre du guide alimentaire aurait pour l'industrie. Ces organisations ont exprimé leur désir de sauver des emplois dans leur secteur. Dans son mémoire, le Conseil canadien du jus a accusé le gouvernement d'utiliser son autorité pour nuire aux activités économiques de l'organisation et a ajouté que le gouvernement créait des obstacles à l'innovation et à la croissance de l'industrie : « Les changements proposés signifieraient que le gouvernement du Canada utilise son autorité et des deniers publics pour tenter expressément de nuire à l'industrie canadienne du jus, alors que les plus récentes données scientifiques sur le sujet ne

justifient pas la prise d'une telle position » [traduction].

Analyse des positions des acteurs de l'industrie bioalimentaire concernant les principes directeurs proposés par Santé Canada pour le guide alimentaire 2019

L'industrie bioalimentaire s'est clairement opposée à l'approche proposée pour le Guide alimentaire de 2019 et aux trois principes directeurs, la position de chaque intervenant reflétant ses intérêts particuliers et ses activités économiques. Par exemple, le Conseil canadien du jus s'est concentré sur les recommandations concernant les jus, tandis que les Producteurs laitiers du Canada ont exprimé des préoccupations au sujet de la place réservée aux produits laitiers dans le guide alimentaire. Leurs positions ne concordent pas avec les concepts qui sous-tendent les nouvelles lignes directrices alimentaires, comme l'incidence des choix alimentaires sur l'environnement, ni avec les données scientifiques les plus récentes sur lesquelles les lignes directrices sont fondées.

Principe directeur n° 1

Selon le premier principe directeur, « une alimentation saine repose sur une variété d'aliments et de boissons nutritifs », et il est expressément recommandé de « consommer régulièrement des légumes, des fruits,

TABLEAU 7

Fréquence des mécanismes couramment utilisés par diverses organisations de l'industrie bioalimentaire pour mener des activités politiques corporatives en lien avec le processus de révision du guide alimentaire canadien entre octobre 2016 et mars 2019

Mécanisme utilisé	Stratégie correspondante	Fréquence d'utilisation	
		n	%
Critiquer les données scientifiques établies en soulignant leur complexité et leur incertitude	Gestion de l'information	82	22,4
Choisir des données favorables à l'industrie, en particulier des données tirées d'articles non publiés ou n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs	Gestion de l'information	76	20,8
Promouvoir les solutions privilégiées par l'industrie : mettre en place des initiatives volontaires ou un mécanisme d'autorégulation; mettre l'accent sur l'équilibre énergétique plutôt que sur les régimes alimentaires malsains; éduquer et informer plutôt que de parler des causes profondes de la mauvaise santé; et mettre en place des partenariats public-privé	Stratégie discursive	52	14,2
Affirmer qu'il y aurait des coûts imprévus pour la santé publique	Stratégie discursive	29	7,9
Faire du lobbying auprès des élus, directement ou indirectement, pour influencer les lois et les règlements au profit de l'industrie	Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques	23	6,3
Financer la recherche, notamment des chercheurs, des établissements de recherche, des auteurs fantômes et des groupes de façade	Gestion de l'information	17	4,6
Solliciter la participation à des groupes de travail, à des groupes techniques et à des groupes consultatifs au gouvernement	Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques	16	4,4
Se concentrer sur les désaccords entre les scientifiques et semer le doute envers la science	Gestion de l'information	14	3,8
Promouvoir les interactions entre le public et le privé, en particulier avec les organismes de santé publique	Gestion de coalition	12	3,3
Souligner le nombre d'emplois et les avantages économiques générés par l'industrie	Stratégie discursive	9	2,4
Affirmer que les recommandations proposées entraîneront une réduction du nombre d'emplois ou de ventes	Stratégie discursive	9	2,4
Minimiser la responsabilité du secteur agroalimentaire en blâmant, par exemple, le manque d'activité physique, en plaidant en faveur de la responsabilité individuelle ou en affirmant qu'il revient aux parents de veiller à la santé de leurs enfants	Stratégie discursive	8	2,2
Discréditer les professionnels de la santé publique, personnellement et publiquement	Gestion de l'information	5	1,4
Empêcher la diffusion de travaux scientifiques qui ne servent pas les intérêts de l'industrie	Gestion de l'information	4	1,1
Dissimuler les liens entre un élément d'information et l'industrie, en utilisant notamment des universitaires rémunérés comme conférenciers, consultants ou porte-parole	Gestion de l'information	3	0,8
Affirmer que le coût de la mise en œuvre du guide sera trop élevé pour l'industrie	Stratégie discursive	2	0,5
Fournir un soutien technique et des conseils aux décideurs	Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques	1	0,3
Infiltrer ou surveiller les activités et les stratégies de promotion des intérêts des professionnels de la santé publique	Gestion de coalition	1	0,3
Diaboliser les mesures prises par le gouvernement en les qualifiant de paternalistes	Stratégie discursive	1	0,3
Obtenir le soutien d'organismes communautaires et d'autres industries pour s'opposer aux mesures de santé publique	Gestion de coalition	1	0,3
Produire et diffuser du matériel éducatif financé ou élaboré par l'industrie	Gestion de l'information	1	0,3
Total	–	366	100

des grains entiers et des aliments riches en protéines, en particulier des protéines d'origine végétale ». De plus, bien que les recommandations aient été entièrement fondées sur des considérations en matière de santé, le premier principe directeur tient aussi compte de facteurs liés à l'environnement et au développement durable¹.

Les acteurs de l'industrie bioalimentaire œuvrant dans les secteurs de la viande,

des œufs et des produits laitiers ont critiqué l'importance relative des protéines animales dans le groupe des aliments protéinés : l'Association nationale des engrangeurs de bovins a souligné la valeur nutritionnelle supérieure des protéines de bœuf par rapport aux protéines d'origine végétale, tandis que les Producteurs d'œufs du Canada ont fait valoir qu'il était plus important de mettre l'accent sur les sources de protéines comme les œufs que sur

les sources de protéines d'origine végétale; l'industrie laitière s'est quant à elle opposée au peu d'importance accordé au lait dans les recommandations. L'Association nationale des engrangeurs de bovins et les Producteurs de poulet du Canada ont affirmé que les protéines d'origine végétale fournissaient plus de calories que les protéines d'origine animale, ce qui laisse entendre que les recommandations du guide alimentaire, si elles étaient suivies,

seraient néfastes pour la santé. Enfin, dans leur mémoire, les Producteurs laitiers du Canada ont souligné le fait que Santé Canada doit « accorder une attention appropriée et juste aux produits laitiers qui occupent une position unique dans le contexte de la Stratégie pour une saine alimentation et reconnaître ce statut unique ».

Les acteurs de l'industrie ont tenté de légitimer cette position en utilisant des arguments scientifiques fondés sur les résultats d'études qu'ils ont financées plutôt que sur les résultats de travaux de recherche indépendants. Lorsque leurs conclusions ont été contredites, les Producteurs laitiers du Canada se sont adressés directement au premier ministre Justin Trudeau afin qu'il fasse appel à son autorité et intervienne auprès de la ministre de la Santé responsable du dossier²⁹.

Plusieurs acteurs de l'industrie bioalimentaire (principalement ceux de l'industrie de la viande) étaient en désaccord avec les considérations environnementales et de développement durable du principe directeur, et les Éleveurs de dindon du Canada sont allés jusqu'à demander dans leur mémoire que les facteurs environnementaux soient supprimés.

Le tableau 8 présente d'autres exemples des arguments utilisés par les acteurs de l'industrie bioalimentaire contre le principe directeur n° 1.

Principe directeur n° 2

Le Conseil canadien du jus, l'industrie laitière, Produits alimentaires et de consommation du Canada et le Conseil de la transformation alimentaire du Québec se sont opposés au principe directeur n° 2, selon lequel « les aliments et les boissons préparés ou transformés à teneur élevée en sodium, en sucres ou en gras saturés nuisent à une saine alimentation ». Les acteurs de l'industrie laitière et Conseil de la transformation alimentaire du Québec se sont opposés à la recommandation de Santé Canada de limiter l'apport en sucre et d'éviter les boissons à teneur élevée en sucre.

Produits alimentaires et de consommation du Canada, le Conseil canadien du jus et le Conseil de la transformation alimentaire du Québec ont critiqué la recommandation de Santé Canada d'éviter le jus pur à 100 %, ce qui met fin à la recommandation

préexistante selon laquelle le jus était un substitut direct aux fruits entiers. Dans son mémoire, Produits alimentaires et de consommation du Canada a déclaré que le fait de « forcer les Canadiens à remplacer le jus de fruits pur à 100 % par des fruits frais ferait grimper le coût des aliments pour les Canadiens et, en fin de compte, aurait des répercussions sur les membres les plus vulnérables de la société, comme les communautés autochtones » [traduction]. Dans cet exemple, Produits alimentaires et de consommation du Canada a joué sur les émotions en mentionnant les populations vulnérables, puisque PACC laisse entrevoir un risque pour une partie de la population autochtone, mais n'a pas fourni de preuves à l'appui de ses allégations.

Le Conseil canadien du jus a soutenu que l'exclusion du jus du Guide alimentaire aurait des conséquences sur la santé des gens. Dans son mémoire, il a affirmé que les résultats des études scientifiques qu'il avait présentés ne concordaient pas avec les données sur lesquelles reposait le deuxième principe directeur. Toutefois, il n'a pas fait de distinction entre les renseignements que Santé Canada jugeait valides (issus d'un consensus scientifique indépendant) et les renseignements provenant de sources ayant des liens avec l'industrie, qui s'opposent au deuxième principe directeur. Le Conseil canadien du jus s'est également positionné comme un expert légitime et qualifié en matière de jus, ce qui laisse entendre qu'il devrait être consulté à ce sujet. Enfin, il a fait valoir que l'industrie du jus faisait l'objet de discrimination et que les modifications proposées au guide alimentaire pourraient la priver de subventions futures.

Le secteur de la transformation était le principal adversaire de la recommandation du guide alimentaire voulant qu'il faille éviter les aliments transformés. Produits alimentaires et de consommation du Canada a indiqué être « très préoccupé par les perceptions erronées qui prévalent... Les connaissances déficientes et le parti pris de Santé Canada à l'égard des aliments transformés ont été révélés dans son sondage en ligne sur le guide alimentaire, ce qui contribue à accroître la confusion chez les consommateurs ».

Le Conseil de la transformation alimentaire du Québec et Produits alimentaires et de consommation du Canada ont proposé

des définitions pour les « aliments transformés » qui ne concordaient pas avec la définition de Santé Canada ou avec les conclusions des travaux de recherche sur la contribution alimentaire des aliments transformés, et ce, même après la publication du guide alimentaire, ce qui pourrait rendre le public confus. En effet, à la suite de la publication du nouveau guide, le Conseil de la transformation alimentaire du Québec a affiché sur son site Web une définition d'« aliments transformés » qui contredisait la définition de Santé Canada et qui ne concordait pas avec le consensus scientifique établi. De plus, il ne faisait aucune distinction de ces aliments en fonction de leur type de transformation, c'est-à-dire que tous les types d'aliments transformés (de peu transformés à ultra-transformés) étaient présentés comme s'ils étaient identiques et comme s'ils avaient les mêmes répercussions sur la santé. Produits alimentaires et de consommation du Canada a également demandé au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes de veiller à ce que la recommandation de Santé Canada ne représente pas faussement ses produits.

Diverses organisations de l'industrie bioalimentaire ont utilisé des arguments faisant appel aux émotions, par exemple la peur et l'anxiété, pour souligner les conséquences qui pourraient s'ensuivre si on limitait la consommation d'aliments à teneur élevée en sel, en sucre (comme les jus) et en gras pour les populations vulnérables, comme les femmes enceintes ou allaitantes vulnérables sur le plan économique ou les familles de la classe moyenne qui, en raison d'un budget serré, pourraient ne pas être en mesure de se payer des fruits et des légumes frais. Par exemple :

Il n'est tout simplement pas raisonnable de s'attendre à ce que les familles de la classe moyenne et celles qui travaillent fort pour en faire partie aient les moyens d'acheter des fruits et des légumes frais qui ne sont pas cultivés localement et qui sont souvent hors de saison. Santé Canada devrait s'efforcer de faire des recommandations alimentaires qui permettent aux Canadiens de faire partie de la classe moyenne et d'offrir des aliments nutritifs à leur famille. (CCJ, 2018)

TABLEAU 8
Exemples d'arguments utilisés par les organisations de l'industrie bioalimentaire pendant la révision du guide alimentaire canadien concernant le principe directeur n° 1 : « Une variété d'aliments et de boissons nutritifs est le fondement de la saine alimentation », octobre 2016 à mars 2019

Acteur de l'industrie	Exemple d'argument utilisé	Stratégie correspondante / Pratique
Éleveurs de dindon du Canada	« Supprimer les facteurs environnementaux. Des facteurs environnementaux ont été inclus dans les principes directeurs proposés pour le guide alimentaire canadien, ce qui semble dépasser la portée du guide. Cela détourne de l'accent mis sur la nutrition par Santé Canada et laisse entendre que les consommateurs devraient éviter les protéines d'origine animale, qui sont pourtant nécessaires dans une alimentation saine... Il y a des moyens plus appropriés que d'utiliser le guide alimentaire canadien pour souligner l'importance des pratiques agricoles durables et respectueuses de l'environnement. » (EDC, n° 22) [traduction]	Gestion de l'information / <i>Suppression de renseignements ou de données</i>
Producteurs de poulet du Canada	« Les chercheurs ont mis au point plusieurs méthodes pour évaluer la qualité des protéines alimentaires, en fonction des acides aminés dont elles sont constituées, de leur digestibilité et de leur capacité à répondre aux besoins du corps humain. Les protéines d'origine végétale ajoutent des glucides et du gras à l'alimentation des gens, ce qui a un effet sur l'apport calorique global. Par exemple, pour obtenir la même quantité de protéines qu'une portion de poitrine de poulet (75 g, grillée), il faudrait consommer (annexe A) : <ul style="list-style-type: none"> • plus de 300 g de tofu (deux portions complètes de 150 g, à raison de 82 kcal/portion) • trois tasses de quinoa (près de six portions de 125 ml, à raison de 117 kcal/portion) • plus d'une demi-tasse d'amandes (trois portions complètes de 60 ml, à raison de 208 kcal/portion) • plus de 350 ml de haricots blancs (plus de deux portions complètes de 175 ml, à raison de 189 kcal/portion) • un peu moins de 350 ml de lentilles (près de deux portions complètes de 175 ml, à raison de 190 kcal/portion). Les différences caloriques pourraient à elles seules contribuer à un poids globalement malsain. » (PPC, n° 11) [traduction]	Gestion de l'information / <i>Amplification de renseignements ou de données</i>
Producteurs de poulet du Canada	« Il y a également eu une participation importante des activistes végétaliens, et ils ont célébré les nouveaux principes directeurs comme une grande victoire. » (PPC, n° 7) [traduction]	Gestion de l'information / <i>Suppression de renseignements ou de données</i>
Association nationale des engrasseurs de bovins	« Calorie pour calorie, le bœuf est plus dense en nutriments que les protéines végétales, comme le beurre d'arachide, le tofu ou les haricots. Les protéines animales saines et maigres sont tout simplement différentes des protéines végétales. Encore une fois, nous croyons qu'il devrait être facile et simple de suivre le guide alimentaire canadien, et le fait de mettre l'accent sur les groupes alimentaires maintient cette facilité d'utilisation. Les gens achètent des aliments, ils n'achètent pas des nutriments. » (ANE, n° 37) [traduction]	Gestion de l'information / <i>Amplification de renseignements ou de données</i>
Producteurs d'œufs du Canada	« En ce qui concerne la version révisée du guide alimentaire, nos préoccupations découlent du positionnement flou des protéines animales et des protéines végétales qui résulte du premier principe directeur mis de l'avant par Santé Canada... Il est plus important de mettre l'accent sur les sources de protéines comme les œufs, qui sont riches en nutriments, que de mettre uniquement l'accent sur les sources de protéines végétales. » (POC, n° 26) [traduction]	Gestion de l'information / <i>Suppression de renseignements ou de données</i>
Producteurs laitiers du Canada	« L'orientation proposée dans le nouveau guide alimentaire n'est pas fondée sur des données probantes et pourrait avoir des conséquences durables sur un secteur qui se trouve déjà dans une position difficile en raison de l'actuel gouvernement. Les Producteurs laitiers du Canada demandent au premier ministre Trudeau d'ordonner à la ministre de la Santé de faire ses devoirs et de tenir compte de toutes les données scientifiques disponibles avant la publication du nouveau guide alimentaire. La santé des Canadiens et la santé d'un secteur canadien dynamique sont en jeu. » (PLC, n° 241) [traduction]	Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques / <i>Accès indirect aux décideurs</i>
Producteurs laitiers du Canada	« Ces changements aux lignes directrices nationales du Canada en matière de santé surviennent à un moment où le secteur laitier est encore ébranlé par les dernières concessions faites par le gouvernement fédéral pour conclure de nouveaux accords commerciaux. En diminuant délibérément la valeur nutritive des produits laitiers aux yeux des Canadiens, on causerait encore plus de tort au secteur laitier, et ce, malgré les données scientifiques sur le sujet. Et cela nuira non seulement au secteur laitier et aux centaines de milliers de personnes qui en dépendent pour leur subsistance, mais cela risque également de nuire aux consommateurs canadiens en créant de la confusion quant à la valeur nutritive des produits laitiers. » (PLC, n° 239) [traduction]	Gestion de l'information / <i>Suppression de renseignements ou de données</i>
Association des transformateurs laitiers du Canada	« Il n'est pas nécessaire de diffamer les intervenants de l'industrie agroalimentaire qui sont en mesure de fournir de précieuses données scientifiques en vue d'éventuels changements et qui peuvent proposer des solutions en tant que collègues et partenaires. Le manque de communication à ce jour a alimenté des spéculations et des préoccupations qui peuvent être fondées ou non. Nous espérons que les responsables reconnaîtront cette situation et y remédieront. » (ATLC, n° 179) [traduction]	Implication et exercice d'influence dans l'élaboration des politiques publiques / <i>Participation active au processus décisionnel du gouvernement</i>

Enfin, pour remettre en question le processus d'élaboration du deuxième principe directeur, certains acteurs de l'industrie ont fait remarquer qu'il n'y avait pas de coordination interministérielle officielle en ce qui concerne l'élaboration des politiques publiques. Par exemple, Produits alimentaires et de consommation du Canada aurait souhaité que la Stratégie en matière de saine alimentation soit un complément au travail et aux objectifs de la Politique alimentaire pour le Canada, de la Table de la stratégie économique du secteur agroalimentaire et de la Table ronde de l'industrie de la transformation des aliments d'Agriculture et Agroalimentaire Canada. Cela aurait été avantageux pour l'industrie, car les secteurs de l'agriculture, du commerce et de l'industrie auraient joué un rôle plus important dans la révision du guide alimentaire, en dépit d'éventuels conflits sur le plan de la santé publique.

Le tableau 9 présente d'autres exemples des arguments utilisés par les acteurs de l'industrie bioalimentaire contre le principe directeur n° 2.

Principe directeur n° 3

La plupart des organisations de l'industrie bioalimentaire ont appuyé le principe directeur n° 3 selon lequel « des connaissances et compétences sont nécessaires pour naviguer dans un environnement alimentaire complexe et favoriser une saine alimentation ». L'extrait suivant est un exemple d'un tel soutien, quoique conditionnel :

L'éducation est la clé... L'éducation et les communications devraient se faire en collaboration avec tous les intervenants qui jouent un rôle dans l'alimentation des Canadiens, afin que l'impact sur les consommateurs du pays soit le plus positif possible. (EDC, 2018)

Seul le Conseil de la transformation alimentaire du Québec a soulevé des préoccupations au sujet des résultats d'un sondage indiquant que 87 % des Canadiens voulaient que leur vie quotidienne soit plus simple, ce qui semble en contradiction avec ce principe. Cette forme d'appui concorde avec les constatations sur les activités politiques que nous avons décrises plus tôt, selon lesquelles les acteurs de l'industrie bioalimentaire sont désireux de soutenir l'éducation et de fournir plus d'information aux gens.

Le tableau 10 présente d'autres exemples des arguments utilisés par les acteurs de l'industrie bioalimentaire contre le principe directeur n° 3.

Analyse

Cette étude a révélé certaines des stratégies utilisées par l'industrie bioalimentaire pour tenter d'influencer les lignes directrices alimentaires nationales adoptées en 2019 au Canada. Nous avons relevé 366 exemples d'activités politiques corporatives utilisées par 11 acteurs de l'industrie bioalimentaire pendant le processus de révision du guide alimentaire canadien.

Notre analyse a révélé que la gestion de l'information, qui consiste à façonnner l'information pour la rendre plus favorable à l'industrie, était la stratégie la plus fréquente, et que la suppression de renseignements, par exemple critiquer des données scientifiques établies qui sont défavorables à l'industrie, était la pratique la plus utilisée. Les stratégies discursives ont été également largement utilisées, en particulier en réponse aux nouveaux principes directeurs qui sous-tendaient l'élaboration du guide alimentaire.

Nos résultats concordent avec ceux de Nixon et ses collaborateurs³⁰, qui ont étudié les arguments mis de l'avant par l'industrie alimentaire entre 2010 et 2012 contre les initiatives réglementaires visant à freiner l'épidémie d'obésité aux États-Unis. Ces chercheurs ont observé que, comparativement aux intervenants qui ne provenaient pas du secteur industriel, les acteurs du secteur industriel attaquaient plus souvent les règlements adoptés par les gouvernements, et que la défense qu'ils utilisaient le plus souvent contre ces règlements était d'affirmer que l'industrie faisait partie de la solution³⁰. Ce type d'argument favorise les solutions préconisées par l'industrie, comme l'autoréglementation³⁰ et les partenariats public-privé³¹, qui ont des effets mitigés et peuvent même ralentir les efforts visant à promouvoir et à protéger les régimes alimentaires sains. Pour rejeter certains principes directeurs et tenter d'empêcher l'adoption de recommandations ciblant directement leurs produits, les acteurs de l'industrie bioalimentaire ont recours à divers arguments. Ils exagèrent notamment le coût des changements proposés, en utilisant un discours alarmiste qui laisse entendre que les recommandations proposées échoueront et que de nombreux problèmes liés à la

santé et à l'économie affecteront l'ensemble de la société. L'industrie alimentaire a utilisé des arguments similaires en France pour s'opposer à l'étiquetage nutritionnel obligatoire sur le devant des emballages⁸. Dans notre étude, nous avons constaté que, selon certains acteurs, la mise en œuvre du guide alimentaire entraînerait des pertes économiques et nuirait ultimement à la société et non seulement à l'industrie. De tels arguments peuvent détourner l'ensemble du récit du problème et empêcher l'adoption de politiques publiques fondées sur des données scientifiques (par exemple lorsque l'industrie insiste sur l'éducation plutôt que sur la réglementation des produits).

En général, les réponses des acteurs de l'industrie aux trois principes directeurs et aux recommandations associées au guide alimentaire étaient axées sur leurs activités économiques et leurs produits, lesquels étaient souvent en conflit avec l'objectif du guide alimentaire, soit la santé. Les analyses des répercussions économiques effectuées par l'industrie n'ont pas tenu compte des autres types de coûts externes, comme les répercussions économiques d'une mauvaise santé sur les dépenses en santé et les coûts environnementaux de la consommation d'aliments malsains^{32,33}. L'industrie a plus particulièrement cherché à promouvoir ses propres solutions et à « recentrer le débat sur les aliments et la santé publique ». Les arguments habituellement utilisés par les défenseurs de la santé publique – à savoir la complexité des problèmes de santé, la protection des populations vulnérables et l'insécurité alimentaire^{34,35} – sont également utilisés par les acteurs de l'industrie pour défendre leur position. À cet égard, nos constatations concordent avec celles de Petticrew et ses collaborateurs³⁶, selon lesquelles les industries des aliments, des boissons et des jeux de hasard ont utilisé l'argument de la « complexité » pour influencer l'opinion publique ainsi que les décideurs et paralyser les discussions. Nos constatations concordent également avec celles de Vandenbrink et ses collaborateurs¹⁴, selon lesquelles l'industrie alimentaire canadienne a recours à des activités politiques pour influencer l'élaboration des politiques alimentaires et nutritionnelles, comme ce que l'on voit à l'échelle internationale^{8,14}. En effet, il existe des similitudes frappantes dans les pratiques utilisées par l'industrie bioalimentaire d'un pays à l'autre pour miner l'adoption de politiques publiques.

TABLEAU 9

Exemples d'arguments utilisés par les organisations de l'industrie bioalimentaire pendant le processus de révision du guide alimentaire canadien concernant le principe directeur n° 2 : « Les aliments et les boissons préparés ou transformés à teneur élevée en sodium, en sucres ou en gras saturés nuisent à une saine alimentation », octobre 2016 à mars 2019

Acteur de l'industrie	Exemple d'argument utilisé	Stratégie correspondante / Pratique
Conseil canadien du jus	<p>« Il n'y a pas de lien entre le jus pur à 100 % et l'obésité.</p> <p>En ce qui concerne la santé des Canadiens, les données scientifiques n'appuient pas l'existence d'une association entre le jus pur à 100 % et le poids (l'adiposité) chez les enfants de 2 à 18 ans. Comme il a été mentionné précédemment, la recherche montre que, lorsque les adultes incluent du jus pur à 100 % dans leur alimentation, ils sont souvent «plus minces, plus sensibles à l'insuline et moins susceptibles d'être obèses et de présenter un syndrome métabolique». Le CCJ est en faveur de donner aux Canadiens la possibilité de faire des choix qui contribuent à un mode de vie sain et équilibré, ce qui signifie qu'il faut continuer à inclure le jus pur à 100 % dans les recommandations alimentaires liées à la consommation de fruits et de légumes. » (CCJ, n° 203) [traduction]</p>	Gestion de l'information / Amplification de renseignements ou de données
Conseil canadien du jus	<p>« Conséquences involontaires de l'élimination du jus pur à 100 % :</p> <p>Les fruits et légumes frais comptent parmi les aliments les plus chers au Canada, de sorte qu'il est très difficile pour les familles à faible revenu d'en acheter suffisamment pour répondre à leurs besoins. Si l'on tient également compte de l'environnement unique du Canada, cela signifie que l'accès à de nombreux fruits et légumes frais varierait considérablement d'un bout à l'autre du pays. Grâce à la disponibilité constante des jus de fruits purs à 100 %, les Canadiens ont accès à une alimentation de qualité concurrentielle tout au long de l'année. Comme le souligne Santé Canada, «[I]es choix alimentaires ne relèvent pas uniquement d'un choix personnel. De nombreux facteurs interrelatifs ont également un impact sur la capacité de faire des choix alimentaires sains, entre autres l'accès à des aliments nutritifs, la disponibilité de tels aliments, la culture et l'environnement social et physique». » (CCJ, n° 213) [traduction]</p>	Gestion de l'information / Amplification de renseignements ou de données
Conseil canadien du jus	<p>« Si l'on disait aux Canadiens d'éviter les jus purs à 100 %, les conséquences involontaires seraient amplifiées pour les habitants des communautés nordiques et isolées qui voudraient adopter un mode de vie sain et équilibré. Cette situation est particulièrement préoccupante pour les régions visées par le programme Nutrition Nord Canada, qui permet notamment un meilleur accès aux jus de fruits purs à 100 % offerts ailleurs au Canada. Dans les communautés où les fruits et légumes entiers sont rares et chers, les jus de fruits et de légumes sont considérés comme un moyen essentiel et économique de consommer les portions recommandées de fruits. » (CCJ, n° 197) [traduction]</p>	Gestion de l'information / Amplification de renseignements ou de données
Produits alimentaires et de consommation du Canada	<p>« Recommandations pour la révision du guide alimentaire : Examiner attentivement le fondement scientifique des recommandations sur le sucre et fournir une justification claire pour toutes les recommandations concernant le Canada. PACC est préoccupé par la décision de Santé Canada d'assujettir les sucres libres aux recommandations alimentaires en se fondant sur des données de qualité moyenne et sans tenir compte du contexte canadien.</p> <p>Les recommandations concernant les sucres doivent être adaptées aux exigences uniques de chaque pays, et ces exigences dépendent de nombreux facteurs, comme la répartition de la population selon l'âge, la fluoruration de l'eau et les autres mesures relatives à la santé dentaire, la prévalence de l'embonpoint/obésité et la qualité de l'approvisionnement alimentaire. Une approche universelle n'est pas appropriée. Nous recommandons donc que toutes les recommandations alimentaires sur le sucre soient assorties d'une justification claire et solide adaptée au Canada. » (PACC, n° 158) [traduction]</p>	Gestion de l'information / Suppression de renseignements ou de données
Produits alimentaires et de consommation du Canada	<p>« Nous cherchons à faire croître notre secteur pour atteindre les cibles en matière d'exportation de produits agroalimentaires établies par le gouvernement fédéral. Pour qu'il soit possible d'atteindre les objectifs qui concernent notre secteur, soit d'augmenter les exportations d'au moins 75 milliards de dollars par année d'ici 2025, il faut que le contexte commercial favorise les investissements, l'innovation et la croissance. L'approche du gouvernement et les politiques qu'il propose à l'égard de diverses initiatives de la Stratégie en matière de saine alimentation n'ont toutefois pas été élaborées après une consultation adéquate de l'industrie ou une bonne compréhension du contexte opérationnel actuel. » (PACC, n° 147) [traduction]</p>	Stratégie discursive / Coût prévu pour l'industrie
Producteurs laitiers du Canada	<p>« Il n'y a aucune justification ou donnée scientifique motivant la décision de considérer que les sucres totaux ou les aliments riches en nutriments qui contiennent des sucres ajoutés, comme le yogourt et le lait sucré, sont préoccupants pour les Canadiens. » (PLC, n° 100) [traduction]</p>	Gestion de l'information / Suppression de renseignements ou de données
Le Conseil de la transformation alimentaire du Québec	<p>« Il est important de noter que ce nouveau guide alimentaire a été révisé sans que l'industrie alimentaire puisse fournir de commentaires. Il faudrait être déconnecté de la réalité pour ne pas avoir remarqué que toutes les communications adressées aux fonctionnaires de Santé Canada et toute l'influence exercée sur ceux-ci – soit l'ensemble du lobby – lors de l'élaboration de ce nouveau guide provenaient de professionnels de la nutrition et de la santé, de divers groupes d'intérêt ou de pression représentant les végétariens et les végétaliens, etc. Comme l'a mentionné Mario Dumont dans sa chronique du 25 janvier, "Seuls des critères angéliques et objectifs de santé du public [ont] prévalu." Le nouveau guide alimentaire canadien reflète une idéologie, une vision de la nutrition parfaite dans un monde parfait, fondée sur les valeurs et les croyances de ses nombreux auteurs. Cette idéologie fait également la promotion du concept selon lequel tous les aliments transformés sont mauvais. » (CTAQ, n° 306) [traduction]</p>	Gestion de l'information / Suppression de renseignements ou de données
		Gestion de coalition / Opposition, fragmentation et déstabilisation

TABLEAU 10

Exemple d'arguments utilisés par les organisations de l'industrie bioalimentaire pendant le processus de révision du guide alimentaire canadien concernant le principe directeur n° 3 : « Des connaissances et compétences sont nécessaires pour naviguer dans un environnement alimentaire complexe et favoriser une saine alimentation », octobre 2016 à mars 2019

Acteur de l'industrie	Exemple d'argument utilisé	Stratégie correspondante / Pratique
Conseil de la transformation alimentaire du Québec	<p>« Est-il réaliste de penser qu'aujourd'hui, les gens ont plus de temps pour planifier les repas de la semaine, magasiner et cuisiner, ou qu'ils passeront plus de temps à le faire? Un sondage très récent mené par Simplii Financial, une filiale de la CIBC, révèle que les Canadiens d'un océan à l'autre conviennent qu'il est temps de simplifier leur vie. "Qu'il s'agisse de bannir le désordre, de mieux gérer leurs courriels ou de passer moins de temps à effectuer des tâches courantes comme la lessive ou l'épicerie, la grande majorité des Canadiens (87 %) souhaitent que leur vie soit plus simple. Les Canadiens trouvent que leur vie est trop chargée, et de bien des façons; ils souhaitent alléger leurs tâches pour avoir davantage de plaisir." (https://www.newswire.ca/fr/news-releases/moins-c-est-mieux-selon-un-sondage-la-majorite-des-canadiens-souhaitent-simplifier-leur-vie-821556739.html)</p> <p>La planification des repas et le temps nécessaire pour cuisiner sont-ils considérés comme des activités agréables pour la majorité des Canadiens? Est-il également réaliste de penser que nos personnes âgées sont prêtes pour un tel changement? Est-ce que des conseils comme "Consommez chaque jour une variété d'aliments sains" ou "Une alimentation saine ne se résume pas aux aliments que vous consommez" suffisent pour guider les consommateurs? » (CTAQ, n° 302) [traduction]</p>	<p>Gestion de l'information / Amplification de renseignements ou de données</p> <p>Stratégie discursive / Coût prévu pour l'industrie</p>

Il existe également de nombreuses similitudes avec les stratégies utilisées par les industries du tabac et de l'alcool. On sait que les membres de ces industries déforment les recommandations en matière de santé publique afin d'atteindre leurs objectifs, notamment la protection ou l'augmentation de leurs profits³⁷. De même, les entreprises de l'industrie bioalimentaire utilisent la science comme outil de communication pour faire obstacle aux mesures gouvernementales, semer la confusion dans l'esprit du public et renforcer leur crédibilité³⁸. Nous avons fréquemment observé ces pratiques dans notre étude de cas : certains arguments présentés dans les mémoires et sur les sites Web des acteurs de l'industrie étaient fondés sur des données issues de travaux parrainés par l'industrie ou n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Il y avait également des cas où les données étaient inexactes, déformées, exagérées ou omises³⁸.

Les nouvelles mesures adoptées par Santé Canada pour réduire les conflits d'intérêts et la nouvelle politique du ministère sur la transparence ont rendu plus visibles les interventions de l'industrie bioalimentaire. Ces mesures sont recommandées par la Lancet Global Syndemic Commission et par l'OMS afin d'améliorer la gouvernance pour le bien public et de s'attaquer aux asymétries de pouvoir dans le système alimentaire^{39,40}. De plus, l'Organisation des Nations Unies et l'OMS ont fait remarquer que les acteurs du secteur bioalimentaire devaient appuyer les efforts de santé publique – et non s'y opposer – pour qu'il

soit possible de faire face à la crise climatique et à l'épidémie de maladies non transmissibles⁴⁰⁻⁴². Néanmoins, bien que Santé Canada ait décidé de ne pas rencontrer les acteurs de l'industrie pendant le processus de révision, ceux-ci ont pu présenter des mémoires pendant les consultations publiques et afficher de l'information sur leurs sites Web, ce qui montre que les tactiques utilisées par l'industrie pour influencer les politiques publiques sont un défi constant et complexe qu'il ne sera possible de limiter qu'en adoptant une surveillance des activités politiques de façon à mieux protéger et orienter le développement des politiques publiques.

Points forts et limites

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances dans le domaine des activités politiques et des déterminants commerciaux de la santé. Il s'agit d'une thématique pertinente et encore peu explorée dans la littérature en nutrition en santé publique. Toutefois, nous nous sommes concentrés uniquement sur les données accessibles au public sur les sites Web des organisations de l'industrie bioalimentaire et sur les mémoires qu'elles ont présentés au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes en réponse à l'invitation du Comité. Par conséquent, notre évaluation ne comprend pas de renseignements sur les dons qui pourraient avoir été faits dans le cadre de campagnes politiques ou sur d'autres formes de lobbying, qui ont également une incidence sur l'élaboration de politiques à court et à long terme¹⁴.

Nous n'avons contacté ni les organisations de l'industrie bioalimentaire ni leurs membres pour obtenir des renseignements supplémentaires ou pour vérifier les données que nous avons recueillies. De plus, nous n'avons pas fait de distinction entre les caractéristiques des organisations de l'industrie, comme la taille ou la situation financière des entreprises qu'elles représentent. Néanmoins, nous avons tenu compte de tous les acteurs ayant suffisamment de ressources pour participer au débat public sur le guide alimentaire et, en ce sens, nous n'avons exclu personne.

Enfin, il peut être difficile de faire des généralisations à partir des résultats de notre étude, car nos travaux sont fondés sur un petit nombre d'acteurs de l'industrie dans un contexte précis¹⁵. Toutefois, nos résultats sont semblables à ceux obtenus dans d'autres pays, comme nous l'avons mentionné plus tôt, ce qui accroît notre confiance en notre interprétation des données⁶.

Conclusion

Les politiques publiques doivent être fondées sur des données probantes et des principes directeurs solides, sans influence de la part d'intérêts commerciaux : il s'agit d'un défi reconnu à l'échelle internationale, auquel le gouvernement canadien a répondu. Notre étude révèle que l'industrie bioalimentaire du Canada a recours à des activités politiques corporatives pour tenter d'influencer les politiques en sa faveur. Cette question revêt une importance considérable étant donné que d'autres politiques publiques du pays,

comme la réglementation sur la publicité alimentaire, pourraient avoir été retardées par les activités politiques corporatives de l'industrie bioalimentaire¹⁴. Il est important de surveiller ces activités politiques afin que le public continue à faire confiance aux organismes décisionnels. L'indépendance des politiques publiques et la rigueur scientifique sont les principales questions en jeu.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

MCR : conception, organisation des données, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit.

MM : conception, analyse formelle, relectures et révisions, supervision.

JCM : conception, analyse formelle, relectures et révisions, supervision.

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. Santé Canada. Processus de révision du guide alimentaire canadien [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2019 [modification le 18 octobre 2022; consultation le 28 mars 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/contexte/processus-revision-guide-alimentaire-canadien.html>
2. Santé Canada. Guide alimentaire canadien : recommandations en matière d'alimentation saine [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2020 [modification le 18 août 2020; consultation le 28 mars 2023]. En ligne à : <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/recommandations-en-matiere-d-alimentation-saine/>
3. Grant JD, Jenkins DJ. Resisting influence from agri-food industries on Canada's new food guide. CMAJ. 2018; 190(15):E451-452. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180037>
4. Santé Canada. Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2001. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/population-health-approach/discussion-fr.pdf>
5. Lauber K, Rippin H, Wickramasinghe K, Gilmore AB. Corporate political activity in the context of sugar-sweetened beverage tax policy in the WHO European Region. Eur J Public Health. 2022;32(5):786-793. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac117>
6. Mialon M, Vandevijvere S, Carriedo-Lutzenkirchen A, et al. Mechanisms for addressing and managing the influence of corporations on public health policy, research and practice: a scoping review. BMJ Open. 2020;10(7):e034082. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034082>
7. Iacobucci G. Food and soft drink industry has too much influence over US dietary guidelines, report says. BMJ. 2020;369:m1666. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1666>
8. Mialon M, Julia C, Hercberg S. The policy dystopia model adapted to the food industry: the example of the Nutri-Score saga in France. World Nutr J. 2018;9(2):109-120. <https://doi.org/10.26596/wn.201892109-120>
9. Mialon M, Crosbie E, Sacks G. Mapping of food industry strategies to influence public health policy, research and practice in South Africa. Int J Public Health. 2020;65(7):1027-1036. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01407-1>
10. Mialon M, Gaitan Charry DA, Crosbie E, Scagliusi FB, Perez Tamayo EM. 'I had never seen so many lobbyists': food industry political practices during the development of a new nutrition front-of-pack labelling system in Colombia. Public Health Nutr. 2021; 24(9):2737-2745. <https://doi.org/10.1017/S1368980020002268>
11. Mialon M, Gomes FD. Public health and the ultra-processed food and drink products industry: corporate political activity of major transnationals in Latin America and the Caribbean. Public Health Nutr. 2019; 22(10):1898-1908. <https://doi.org/10.1017/S1368980019000417>
12. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. Lancet. 2013;381(9867):670-679. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3)
13. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva (CH) : WHO; 2013 [consultation le 28 mars 2023]. En ligne à : <http://www.who.int/iris/handle/10665/94384>
14. Vandenbrink D, Pauzé E, Potvin Kent M. Strategies used by the Canadian food and beverage industry to influence food and nutrition policies. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020; 17(1):3. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0900-8>
15. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS (dir.). Handbook of qualitative research, 2^e éd. Thousand Oaks (CA) : Sage; 1994. p. 236-247.
16. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. Qual Res J. 2009;9(2):27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
17. Hillman AJ, Hitt MA. Corporate political strategy formulation: a model of approach, participation, and strategy decisions. Acad Manag Rev. 1999; 24(4):825-842. <https://doi.org/10.5465/amr.1999.2553256>
18. Mialon M, Swinburn B, Allender S, Sacks G. Systematic examination of publicly available information reveals the diverse and extensive corporate political activity of the food industry in Australia. BMC Public Health. 2016; 16(1):283. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2955-7>

19. Mialon M, Swinburn B, Wate J, Tukana I, Sacks G. Analysis of the corporate political activity of major food industry actors in Fiji. *Global Health.* 2016;12(18):1-14. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0158-8>
20. Mais LA, Mialon M, Hassan BK, et al. Do they really support “your freedom of choice”? FoPNL and the food industry in Brazil. *Front Nutr.* 2023;9:921498. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.921498>
21. Kroker-Lobos MF, Morales LA, Ramírez-Zea M, Vandevijvere S, Champagne B, Mialon M. Two countries, similar practices: the political practices of the food industry influencing the adoption of key public health nutrition policies in Guatemala and Panama. *Public Health Nutr.* 2022;25(11):3252-3264. <https://doi.org/10.1017/S1368980022001811>
22. Cetthakrikul N, Phulkerd S, Jaichuen N, Sacks G, Tangcharoensathien V. Assessment of the stated policies of prominent food companies related to obesity and non-communicable disease (NCD) prevention in Thailand. *Global Health.* 2019;15(1):12. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0458-x>
23. Tanrikulu H, Neri D, Robertson A, Mialon M. Corporate political activity of the baby food industry: the example of Nestlé in the United States of America. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1):22. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00268-x>
24. Ojeda E, Torres C, Carriedo Á, Mialon M, Parekh N, Orozco E. The influence of the sugar-sweetened beverage industry on public policies in Mexico. *Int J Public Health.* 2020;65(7):1037-1044. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01414-2>
25. Sacks G, Swinburn BA, Cameron AJ, Ruskin G. How food companies influence evidence and opinion – straight from the horse’s mouth. *Crit Public Health.* 2018;28(2):253-256. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1371844>
26. Mialon M, Mialon J. Corporate political activity of the dairy industry in France: an analysis of publicly available information. *Public Health Nutr.* 2017;20(13):2432-2439. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001197>
27. Mialon M, Mialon J. Analysis of corporate political activity strategies of the food industry: evidence from France. *Public Health Nutr.* 2018;21(18):3407-3421. <https://doi.org/10.1017/S1368980018001763>
28. Fondation des maladies du cœur et de l’AVC. Les gras saturés, les maladies du cœur et L’AVC [Internet]. Toronto (Ont.) : Cœur + AVC; 2015 [consultation le 28 mars 2023]. En ligne à : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/iavc/2017-position-statements/gras-satures-ps-fr.pdf?rev=f96acb77fdda449284541d0f545da5e4#:~:text=Les%20gras%20satur%20%C3%A9s,%20sont%20associ%C3%A9s,le%20cholest%20%C3%A9rol%20LDL%20diminue4%2D6>
29. Teisceira-Lessard P. Guide alimentaire : Trudeau doit intervenir, croient les producteurs laitiers [Internet]. La Presse. Le 7 janvier 2019 [consultation le 28 mars 2023]. En ligne à : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201901/04/01-5209988-guide-alimentaire-trudeau-doit-intervenir-croient-les-producteurs-laitiers.php>
30. Nixon L, Mejia P, Cheyne A, Wilking C, Dorfman L, Daynard R. “We’re part of the solution”: evolution of the food and beverage industry’s framing of obesity concerns between 2000 and 2012. *Am J Public Health.* 2015;105(11):2228-2236. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302819>
31. Hawkes C, Buse K. Public health sector and food industry interaction: it’s time to clarify the term ‘partnership’ and be honest about underlying interests. *Eur J Public Health.* 2011;21(4):400-401. <https://doi.org/10.1093/europub/ckr077>
32. Brownell KD, Warner KE. The perils of ignoring history: Big Tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food? *Milbank Q.* 2009;87(1):259-294. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00555.x>
33. Lencucha R, Thow AM. How neoliberalism is shaping the supply of unhealthy commodities and what this means for NCD prevention. *Int J Health Policy Manag.* 2019;8(9):514-520. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.56>
34. Mialon M, Swinburn B, Sacks G. A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. *Obes Rev.* 2015;16(7):519-530. <https://doi.org/10.1111/obr.12289>
35. Tarasuk V, Li T, Mitchell A, Dachner N. Commentaire – 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. En ligne à : <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.5.03f>
36. Petticrew M, Katikireddi SV, Knai C, et al. ‘Nothing can be done until everything is done’: The use of complexity arguments by food, beverage, alcohol and gambling industries. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(11):1078-1083. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209710>
37. Stuckler D, McKee M, Ebrahim S, Basu S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. *PLOS Medicine.* 2012;9(6):e1001235. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001235>
38. Nestle M. *Unsavory truth: how food companies skew the science of what we eat.* New York (NY): Hachette Book Group; 2018.
39. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *Lancet.* 2019;393(10173):791-846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
40. Organisation mondiale de la Santé. Protection contre les conflits d’intérêts possibles dans les programmes nutritionnels : projet d’approche pour la prévention et la gestion des conflits d’intérêts dans l’élaboration et l’exécution des programmes nutritionnels au niveau des pays : rapport du Directeur général [Internet]. Genève (CH) : OMS; le 4 décembre 2017 [consultation le 28 mars 2023]. En ligne à : <https://iris.who.int/handle/10665/274165>

41. Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : projet de résolution/présenté par le Président de l'Assemblée générale. Genève (CH) : Nations Unies; 2011.

42. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Recherche quantitative originale

Disparités sociales dans la consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens

Stephanie Sersli, Ph. D. (1,2); Thierry Gagné, Ph. D. (3,4,5); Martine Shareck, Ph. D. (1,2)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. La consommation d'alcool chez les jeunes adultes est une priorité de santé publique, mais les connaissances en lien avec les indicateurs de statut socioéconomique (SSE) et la consommation d'alcool chez les jeunes adultes (de 18 à 29 ans) reposent principalement sur des échantillons de niveau collégial, des populations à la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine et des données non canadiennes. Nous avons comparé l'association de trois indicateurs de SSE avec une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle, une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois, l'absence de forte consommation épisodique d'alcool et la non-consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens.

Méthodologie. Nous avons regroupé les vagues de 2015 à 2019 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour inclure les participants de 18 à 29 ans ($n = 29\,598$). À l'aide d'une régression multinomiale, nous avons calculé des estimations pondérées de la consommation d'alcool selon le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la défavorisation matérielle du quartier, en ajustant pour des rôles d'adulte et des caractéristiques sociodémographiques.

Résultats. Environ 30 % des jeunes adultes se sont livrés à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle, tandis que 16 % n'ont pas consommé d'alcool du tout au cours de la dernière année. Comparativement aux jeunes adultes dont le revenu du ménage était parmi les plus faibles, le fait de se situer dans le quintile de revenu supérieur a été associé de façon significative à une probabilité relative accrue de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (dans le modèle combiné du SSE, le RRR [rapport de risque relatif] était de 1,21; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,04 à 1,39). Les niveaux de scolarité supérieurs, l'appartenance aux quintiles de revenu supérieurs et le fait de vivre dans des quartiers moins défavorisés étaient associés de façon significative à une probabilité relative réduite de ne pas se livrer à une forte consommation épisodique d'alcool et de ne pas consommer d'alcool. L'ajustement en fonction des rôles d'adulte n'a pas modifié substantiellement les associations entre le SSE et la consommation d'alcool.

Conclusion. Un SSE élevé a été associé à une forte consommation épisodique d'alcool parmi les jeunes adultes, quoique l'ampleur de cette association soit faible. Les mesures de prévention universelles visant l'abordabilité, la disponibilité et la promotion de l'alcool pourraient être bonifiées par des interventions ciblant les populations de jeunes adultes à risque accru de forte consommation épisodique d'alcool.

Mots-clés : consommation d'alcool, abstinence d'alcool, jeune adulte, classe sociale

Points saillants

- Environ 30 % des répondants se sont livrés à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle, tandis que 16 % n'ont pas consommé d'alcool au cours de la dernière année.
- Le fait de se situer dans le quintile de revenu le plus élevé a été associé de façon significative à une augmentation de la probabilité relative de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle.
- Un niveau de scolarité supérieur, un revenu supérieur et le fait de vivre dans un quartier moins défavorisé ont été associés de façon significative à une probabilité relative réduite de non-consommation d'alcool.
- Les mesures de prévention universelles visant l'abordabilité, la disponibilité et la promotion de l'alcool pourraient être bonifiées par des interventions ciblant les populations de jeunes adultes à risque accru de forte consommation épisodique d'alcool.

Introduction

Les directives canadiennes sur la consommation d'alcool à faible risque recommandent d'éviter la forte consommation épisodique d'alcool (ou hyperalcoolisation rapide) car elle est liée à des méfaits à court terme comme des blessures, des agressions et de la violence, ainsi qu'à des

Rattachement des auteurs :

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), Canada
2. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CRCHUS), Sherbrooke (Québec), Canada
3. Research Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres, Royaume-Uni
4. International Centre for Lifecourse Studies in Society and Health, Londres, Royaume-Uni
5. Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Martine Shareck, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, 3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4; courriel : martine.shareck@usherbrooke.ca

problèmes de santé chroniques à long terme¹. La forte consommation épisodique d'alcool (habituellement définie comme la consommation de cinq verres standard ou plus chez les hommes et de quatre verres standard ou plus chez les femmes dans un intervalle de temps de deux heures) demeure une préoccupation de santé publique chez les jeunes adultes (ou adultes « émergents », c.-à-d. ayant entre 18 et 29 ans), étant donné que c'est dans ce groupe d'âge qu'elle est la plus élevée^{2,3}. Dans les populations de jeunes adultes, elle est caractérisée par des hausses et des diminutions selon l'âge. De nombreux chercheurs pensent que ces pics suivis de diminutions sont liés aux transitions développementales vers des rôles sociaux d'adulte, comme la poursuite d'études post-secondaires ou l'achèvement d'une éducation formelle, un emploi à temps plein, l'indépendance résidentielle, le mariage et le fait d'avoir des enfants⁴⁻⁷.

Une grande partie de ce que nous savons sur la consommation d'alcool chez les jeunes adultes provient d'études menées dans des établissements universitaires ou collégiaux offrant des programmes de quatre ans⁸, alors que peu d'études portent sur la consommation d'alcool chez les jeunes adultes ne relevant pas de ces établissements⁹. Toutefois, les tendances observées chez les étudiants de premier cycle sont susceptibles ne pas être généralisables aux jeunes adultes non étudiants, car il existe d'importantes différences socioéconomiques entre les étudiants de premier cycle et leurs pairs ne fréquentant pas d'établissement d'enseignement post-secondaire⁹⁻¹¹. De plus, des travaux américains récents révèlent que les âges auxquels les jeunes adultes commencent et cessent une forte consommation épisodique d'alcool sont en train de changer : les jeunes de 18 et 19 ans tendent à retarder la forte consommation épisodique d'alcool, mais elle se poursuit plus tard dans la vingtaine par rapport aux décennies précédentes^{12,13}. Malgré ces tendances, peu d'études tiennent compte de l'expérience des jeunes adultes du milieu à la fin de la vingtaine. Cette lacune a des répercussions sur les efforts de prévention : par exemple, la recherche sur les interventions en matière de consommation d'alcool chez les jeunes adultes a surtout porté sur les étudiants de premier cycle universitaire, si bien que d'autres jeunes ont pu être omis¹⁴. Il paraît donc nécessaire d'étudier des données représentatives à l'échelle nationale pour de

plus larges tranches d'âge chez les jeunes adultes.

L'une des limites des données probantes actuelles concerne la compréhension des disparités socioéconomiques en matière de forte consommation épisodique d'alcool chez les jeunes adultes. De nombreux comportements liés à la santé, dont la consommation d'alcool, sont caractérisés par des disparités socioéconomiques. En général, les groupes à faible SSE sont plus susceptibles de s'abstenir, mais aussi de boire plus que les groupes plus riches¹⁵. La relation entre SSE et consommation d'alcool n'est cependant pas claire en ce qui concerne les jeunes adultes : la plupart des données probantes sur le SSE et la consommation d'alcool sont limitées aux adolescents ou à la population générale de plus de 25 ans. Cette lacune dans les connaissances peut s'expliquer en partie par le fait que l'évaluation du SSE est compliquée chez les jeunes adultes : il y a souvent un chevauchement entre le SSE et les rôles d'adulte. Par exemple, le niveau de scolarité, le revenu et l'emploi constituent des indicateurs du SSE, mais beaucoup de jeunes adultes n'ont pas encore terminé leurs études, et leur revenu ainsi que leur situation d'emploi peuvent varier en conséquence¹⁶. En outre, l'adoption précoce ou retardée des rôles traditionnels d'adulte est susceptible d'être liée au statut socioéconomique : de fait, les jalons de la vie adulte tendent à être franchis plus tôt dans les groupes défavorisés, tandis que le nombre supérieur d'années d'études tarde l'adoption des rôles d'adulte dans les groupes favorisés¹⁷.

Compte tenu de l'évolution de la consommation d'alcool selon l'âge et de l'insuffisance des données relatives au SSE dans ce groupe d'âge, nous avons étudié les disparités socioéconomiques liées aux habitudes de consommation d'alcool (incluant la non-consommation d'alcool) chez les jeunes adultes canadiens. Nous avons posé deux questions précises :

1. Comment trois indicateurs du SSE (niveau de scolarité, revenu du ménage et défavorisation matérielle du quartier) sont-ils associés à la consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens?
2. Comment ces trois indicateurs du SSE sont-ils associés à la consommation d'alcool lorsque l'on tient compte des rôles d'adulte concomitants (fréquenter

l'école à temps plein, travailler à temps plein, vivre avec ses parents, vivre en cohabitation ou être marié, exercer des responsabilités parentales)?

En nous fondant sur la littérature sur l'abstinence d'alcool, nous avons émis l'hypothèse que les indicateurs du SSE seraient inversement associés à la non-consommation d'alcool (c.-à-d. que les jeunes adultes dont le niveau de scolarité ou le revenu du ménage sont inférieurs, ou qui vivent dans des quartiers plus défavorisés, présenteraient des probabilités relatives plus élevées de non-consommation d'alcool). En ce qui concerne la forte consommation épisodique d'alcool, nous avons émis l'hypothèse que les jeunes adultes ressembleraient davantage à la population adulte générale qu'aux adolescents, et qu'un SSE plus élevé serait donc inversement associé à une forte consommation épisodique d'alcool. Nous nous sommes attendus à observer une probabilité relative plus élevée de non-consommation chez ceux vivant avec leurs parents, chez ceux qui étaient mariés ou en cohabitation et chez ceux qui étaient eux-mêmes parents. À l'opposé, nous avons supposé que les étudiants auraient une probabilité relative plus élevée de forte consommation épisodique d'alcool.

Méthodologie

Données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une enquête transversale annuelle répétée contenant des données représentatives à l'échelle nationale sur la santé des Canadiens. L'ESCC recueille des données sur les mesures de la santé, les comportements en matière de santé et l'utilisation des services de santé chez les Canadiens de 12 ans et plus vivant dans les dix provinces et les trois territoires. La base d'échantillonnage représente environ 98 % de la population canadienne. Notre analyse a été limitée aux répondants de 18 à 29 ans. Pour accroître la taille de l'échantillon, nous avons fusionné trois cycles d'enquête, de 2015 à 2019.

Variables de l'étude

Variable dépendante : comportement en matière de consommation d'alcool au cours de la dernière année

Les participants à l'ESCC ont été interrogés au sujet de leur consommation d'alcool (à vie), de leur consommation

d'alcool au cours de l'année précédente et de la fréquence à laquelle ils ont consommé cinq verres d'alcool ou plus (quatre verres ou plus pour les femmes) en une occasion au cours des 12 derniers mois. Cette dernière mesure est un seuil standard pour l'évaluation de la forte consommation épisodique d'alcool¹⁸. Les options de réponse concernant la forte consommation épisodique d'alcool allaient de « jamais » à « plus d'une fois par semaine ». À partir de ces éléments, nous avons créé une nouvelle variable pour la consommation d'alcool au cours de la dernière année avec quatre niveaux mutuellement exclusifs : 1) non-consommation (aucune consommation à vie et aucune consommation au cours de la dernière année), 2) absence de forte consommation épisodique d'alcool (personnes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année mais qui ne se sont pas livrées à une forte consommation épisodique d'alcool), 3) forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois (personnes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année et qui se sont livrées à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois) et 4) forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (personnes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année et qui se sont livrées à une forte consommation épisodique d'alcool une fois par mois ou plus).

Corrélat

Nous avons inclus trois groupes de prédicteurs, correspondant au statut socioéconomique (SSE), aux rôles d'adulte et aux facteurs sociodémographiques. Le SSE comprenait 1) le niveau de scolarité (pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, collège communautaire/école technique/cégep, diplôme universitaire de premier cycle ou plus), 2) la classe de revenu du ménage à l'échelle nationale (par rapport à un seuil de faible revenu qui tient compte de la taille du ménage, par quintile de population) et 3) la défavorisation matérielle du quartier (selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale [IDMS]¹⁹ compilé à partir des données du recensement canadien de 2016; nous avons utilisé les valeurs de défavorisation matérielle, exprimées en quintiles). Les valeurs de défavorisation matérielle correspondent à un faible revenu, un faible niveau de scolarité et un faible ratio emploi-population dans l'aire de diffusion¹⁹. Nous avons jumelé l'IDMS aux données de l'ESCC à l'aide d'une variable

commune : les codes d'identification des aires de diffusion (qui sont la plus petite unité géographique standard disponible pour l'analyse et couvrent l'ensemble du Canada)²⁰.

Nous avons traité les rôles d'adulte comme des variables binaires (oui/non) : « étudiant à temps plein », « emploi à temps plein » (incluant le travail autonome, 30 heures et plus par semaine), « vivant en cohabitation/marié », « vivant à la maison avec ses parents », « vivant avec des enfants » (avec responsabilités parentales).

Les facteurs sociodémographiques étaient l'âge (trois groupes correspondant aux phases précoce, intermédiaire et tardive de l'âge adulte « émergent » : 18 et 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans), le sexe (masculin, féminin), l'identité ethnoraciale et autochtone (blanc, autochtone, racisé non autochtone) et le degré d'urbanisation (centre de population rural, petit, moyen ou grand), car il a été prouvé que ces facteurs sont de solides prédicteurs du comportement en matière de consommation d'alcool et du SSE^{3,21-24}. L'âge légal pour consommer de l'alcool différant d'une province à l'autre, nous avons effectué un ajustement en fonction de l'âge légal pour consommer de l'alcool selon la province (18 ans ou 19 ans), ainsi que de l'année d'enquête (correspondant aux cycles de deux ans disponibles de l'ESCC : 2015-2016, 2017-2018 et 2019).

Analyses

Pour toutes les analyses, nous avons utilisé les poids d'enquête et poids *bootstrap* créés par Statistique Canada pour obtenir des estimations représentatives à l'échelle nationale. Les répondants pour lesquels il manquait des données concernant l'une des variables de l'étude ont été exclus de l'échantillon d'analyse.

Nous avons d'abord décrit les caractéristiques de l'échantillon global, puis celles des jeunes adultes ne consommant pas d'alcool, celles des jeunes adultes ne se livrant pas à une forte consommation épisodique d'alcool, celles des jeunes adultes se livrant à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois et celles des jeunes adultes se livrant à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (tableau 1). Ensuite, nous avons estimé, à l'aide d'une régression logistique multinomiale, les rapports

de risque relatif (RRR) de respectivement la non-consommation d'alcool, l'absence de forte consommation épisodique d'alcool et la forte consommation épisodique d'alcool mensuelle, par rapport à la forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois. Cette dernière a servi de catégorie de référence car elle correspondait au groupe le plus nombreux. Dans le contexte d'une régression logistique multinomiale, le rapport de risque relatif (RRR) désigne le rapport des risques relatifs d'exposition (comme niveau de scolarité ou le revenu du ménage) dans les groupes de résultats (comme une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle ou une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois), ce qui équivaut au rapport de cotes (RC) ou aux probabilités relatives. Nous avons élaboré des modèles distincts et partiellement ajustés (pour l'âge, le sexe, l'identité ethnoraciale et autochtone, le degré d'urbanisation, l'âge légal de consommation d'alcool et l'année d'enquête) pour chaque variable du SSE (niveau de scolarité, revenu du ménage et défavorisation matérielle du quartier), puis nous avons ajouté les trois variables du SSE comme covariables dans un modèle unique (« SSE combiné », tableau 2). Pour répondre à notre seconde question de recherche, nous avons ajouté au modèle combiné du SSE, une par une, les variables relatives aux rôles d'adulte (tableau 3).

Étant donné que les comportements liés à la consommation d'alcool et le SSE sont différents chez les hommes et chez les femmes²⁵, nous avons testé une interaction entre le SSE et le sexe dans des modèles partiellement ajustés afin de déterminer s'il y avait lieu d'élaborer des modèles stratifiés selon le sexe. Comme les données de l'ESCC ne faisaient pas de distinction entre le sexe biologique et le genre avant 2021, nous avons utilisé la variable « sexe » comme indicateur du genre. Comme nous n'avons trouvé aucune interaction statistiquement significative entre l'un des indicateurs du SSE et le sexe, nous avons modélisé ensemble les hommes et les femmes.

Toutes les analyses ont été effectuées au Centre de données de recherche de Statistique Canada à l'aide de la version 4.0 de R (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche) et des trousseaux *svy_vglm* et d'enquête.

Résultats

Échantillon d'analyse

L'échantillon d'analyse final comprenait 29 598 répondants, correspondant à une population nationale de 4 869 039 jeunes adultes. Nous avons exclu 4 624 participants de l'analyse en raison de données manquantes. La plus grande source de données manquantes provenait de la catégorie de la défavorisation matérielle du quartier, à la suite du jumelage à l'ensemble de données IDMS, pour lequel il manque des informations concernant certaines aires de diffusion¹⁹. La deuxième source était la catégorie du revenu du ménage (parce que l'ESCC ne comprend pas d'information sur cette variable pour les trois territoires), suivie de l'identité ethnoraciale et autochtone. Il y avait des différences entre les répondants inclus et les répondants exclus en ce qui concerne l'âge, le sexe, l'identité ethnoraciale et autochtone, la fréquentation scolaire, le fait de vivre avec ses parents et le degré d'urbanisation. Les jeunes plus âgés, les hommes, les jeunes autochtones et racisés, les jeunes ne fréquentant pas l'école à temps plein, ceux ne vivant pas avec leurs parents et les habitants des centres de population de taille moyenne étaient sous-représentés dans l'échantillon d'analyse (voir le [tableau supplémentaire 1](https://osf.io/pb5wg/) à <https://osf.io/pb5wg/>).

Aperçu descriptif de la consommation d'alcool

Les jeunes adultes étaient plus nombreux à déclarer une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois (32,3 %, N = 1 572 013), suivis de ceux à forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (29,9 %, N = 1 455 469), de ceux sans forte consommation épisodique d'alcool (21,6 %, N = 1 050 887) et de ceux ne consommant pas d'alcool (16,2 %, N = 790 671) (tableau 1). Parmi les 29,9 % de jeunes adultes ayant rapporté une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle, près d'un tiers (29,4 %, N = 428 333) avait fait état d'une forte consommation épisodique d'alcool hebdomadaire. Comparativement aux jeunes adultes ne consommant pas d'alcool ou à ceux se livrant à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois, ceux qui se livraient à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle étaient plus susceptibles d'être des hommes, de s'identifier comme blancs, de

se situer dans les quintiles de revenu du ménage les plus élevés (les plus riches), de vivre dans les quartiers les moins défavorisés et d'occuper un emploi à temps plein. En revanche, les jeunes adultes ne consommant pas d'alcool étaient plus susceptibles d'être parmi les plus jeunes, d'appartenir à un groupe racisé non autochtone, de se situer dans les quintiles de revenu les plus faibles (les plus pauvres), de vivre dans les quartiers les plus défavorisés, de vivre dans de grands centres de population, de faire des études à temps plein et de vivre à la maison avec leurs parents.

Comment les différents indicateurs du SSE sont-ils associés à la consommation d'alcool?

Les associations non ajustées et ajustées entre les indicateurs du SSE (niveau de scolarité, revenu du ménage et défavorisation matérielle du quartier) et la consommation d'alcool sont présentées dans le tableau 2. Dans le modèle de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois), les jeunes adultes ayant fait des études supérieures (par rapport à l'absence de diplôme d'études secondaires) présentaient une probabilité relative plus élevée, mais non statistiquement significative, de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle. Comparativement aux jeunes adultes se situant dans le quintile de revenu du ménage le plus faible (le plus pauvre), ceux des deux quintiles de revenu du ménage les plus élevés (Q4 et Q5) affichaient une probabilité relative plus élevée de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (respectivement RRR = 1,18 [IC à 95 % : 1,01 à 1,38] et RRR = 1,25 [IC à 95 % : 1,09 à 1,44]). Comparativement à ceux vivant dans les quartiers les plus défavorisés, seuls ceux des quartiers les moins défavorisés affichaient une probabilité relative plus élevée de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (RRR = 1,23; IC à 95 % : 1,05 à 1,44). L'inclusion de l'ensemble des indicateurs du SSE (niveau de scolarité, revenu du ménage et défavorisation matérielle du quartier) dans un modèle unique a entraîné une légère atténuation des associations, et seul le quintile de revenu du ménage le plus élevé est demeuré statistiquement significatif.

Selon les modèles relatifs à l'absence de forte consommation épisodique d'alcool (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois) et à la non-consommation d'alcool (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois), les jeunes adultes ayant fait des études supérieures (par exemple ayant un diplôme universitaire par rapport à ceux sans diplôme d'études secondaires) présentaient une probabilité relative plus faible de ne pas se livrer à une forte consommation épisodique d'alcool (RRR = 0,59; IC à 95 % : 0,47 à 0,74) et de ne pas consommer d'alcool (RRR = 0,26; IC à 95 % : 0,21 à 0,33). Les jeunes adultes se situant dans les quintiles de revenu du ménage plus élevés (par rapport aux plus faibles) présentaient une probabilité relative plus faible de ne pas se livrer à une forte consommation épisodique d'alcool et de ne pas consommer d'alcool (par exemple, dans le quintile de revenu le plus riche, RRR = 0,62 [0,52 à 1,38] pour l'absence de forte consommation épisodique d'alcool et RRR = 0,37 [0,30 à 0,46] pour la non-consommation d'alcool). Les jeunes adultes se situant dans les quintiles moins défavorisés (par rapport aux plus défavorisés) présentaient une probabilité relative plus faible de ne pas se livrer à une forte consommation épisodique d'alcool et de ne pas consommer d'alcool (par exemple, dans le quintile de défavorisation matérielle du quartier le plus faible, RRR = 0,72 [0,60 à 0,87] pour l'absence de forte consommation épisodique d'alcool et RRR = 0,39 [0,31 à 0,49] pour la non-consommation d'alcool). L'inclusion de tous les indicateurs du SSE (niveau de scolarité, revenu du ménage et défavorisation matérielle du quartier) dans un modèle unique a entraîné une atténuation de leurs associations avec l'absence de forte consommation épisodique d'alcool et la non-consommation d'alcool, lesquelles sont néanmoins demeurées statistiquement significatives.

Les associations entre SSE et consommation d'alcool changent-elles lorsque les rôles d'adulte sont pris en compte?

Les associations entre SSE et consommation d'alcool ajustées en fonction des rôles sociaux d'adulte sont présentées dans le tableau 3. Deux rôles ont été associés à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle : le fait de vivre en cohabitation ou d'être marié (RRR = 0,81;

TABLEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon de l'étude, jeunes adultes canadiens de 18 à 29 ans,
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015-2019)

		Stratification selon la consommation d'alcool				
		Échantillon pondéré total N = 4 869 039	Non-consommation d'alcool N = 790 671	Absence de forte consommation épisodique d'alcool N = 1 050 887	Forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois N = 1 572 013	Forte consommation épisodique d'alcool mensuelle N = 1 455 469
				% de la colonne	% de la colonne	% de la colonne
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	7,6	13,6	7,7	5,9	6,1
	Diplôme d'études secondaires	37,6	41,3	38,7	37,1	35,2
	Collège/technique/cégep	31,3	24,8	30,5	32,9	33,7
	Diplôme universitaire de premier cycle ou supérieur	23,5	20,3	23,1	24,1	25,0
Revenu du ménage	Q1 (le plus faible)	25,5	37,8	29,2	22,4	19,6
	Q2 (moyen-faible)	19,4	22,1	21,4	18,4	17,5
	Q3 (intermédiaire)	19,0	19,0	18,4	19,9	18,3
	Q4 (moyen-élevé)	18,5	12,4	17,2	19,8	21,5
	Q5 (le plus élevé)	17,6	8,7	13,8	19,5	23,0
Défavorisation matérielle du quartier	Q1 (le plus faible)	22,3	14,2	20,4	23,8	26,5
	Q2 (moyen-faible)	18,8	15,1	17,9	19,9	20,4
	Q3 (intermédiaire)	19,5	18,8	20,0	19,4	19,6
	Q4 (moyen-élevé)	20,0	21,4	20,4	20,4	18,7
	Q5 (le plus élevé)	19,4	30,6	21,4	16,6	14,8
Age (ans)	18 et 19	16,0	24,4	17,1	14,5	12,4
	20 à 24	40,4	36,2	38,9	41,7	42,6
	25 à 29	43,5	39,5	43,9	43,9	45,0
Sexe	Féminin	49,1	53,4	51,8	51,6	42,2
	Masculin	50,9	46,6	48,2	48,4	57,8
Identité ethnoraciale et autochtone ^a	Blanc	63,7	37,4	55,7	70,8	76,1
	Autochtone	5,0	4,2	3,3	5,1	6,5
	Non-Autochtone racisé	31,3	58,4	40,9	24,0	17,4
Étudie à temps plein	Non	69,2	62,4	68,2	69,6	73,2
	Oui	30,8	37,6	31,8	30,4	26,8
Travaille à temps plein	Non	45,8	64,5	51,1	41,2	36,9
	Oui	54,2	35,5	48,9	58,8	63,1
Vit avec ses parents	Non	53,0	46,8	55,1	53,1	54,6
	Oui	47,0	53,2	44,9	46,9	45,4
En cohabitation/marié	Non	74,1	76,5	71,9	73,0	75,7
	Oui	25,9	23,5	28,1	27,0	24,3
Exerce des responsabilités parentales	Non	90,8	88,8	88,0	90,9	93,8
	Oui	9,2	11,2	12,0	9,1	6,2
Degré d'urbanisation	Rural	13,1	9,5	12,5	13,8	14,5
	Petit centre de population	10,0	6,7	7,7	11,4	11,9
	Centre de population intermédiaire	8,3	6,6	7,9	8,6	9,3
	Grand centre de population	68,6	77,1	71,8	66,2	64,3
Âge légal pour consommer de l'alcool (ans)	18	37,1	30,7	35,2	39,3	39,5
	19	62,9	69,3	64,8	60,7	60,5

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques de l'échantillon de l'étude, jeunes adultes canadiens de 18 à 29 ans,
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015-2019)

		Stratification selon la consommation d'alcool				
		Échantillon pondéré total	Non-consommation d'alcool	Absence de forte consommation épisodique d'alcool	Forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois	Forte consommation épisodique d'alcool mensuelle
		N = 4 869 039	N = 790 671	N = 1 050 887	N = 1 572 013	N = 1 455 469
		% de la colonne	% de la colonne	% de la colonne	% de la colonne	% de la colonne
Année	2015-2016	32,5	28,8	32,9	32,7	34,0
	2017-2018	33,6	32,7	32,9	33,5	34,8
	2019	33,9	38,5	34,2	33,9	31,2

Abréviation : Q, quintile

Remarques : Cas complets. Les fréquences sont pondérées à l'aide des poids d'enquête créés par Statistique Canada pour produire des estimations représentatives à l'échelle nationale de la population canadienne. Comme les pourcentages des colonnes ont été arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %. La taille non pondérée de l'échantillon d'analyse total est n = 29 598, soit n = 4 154 pour la non-consommation d'alcool; n = 5 962 pour l'absence de forte consommation épisodique d'alcool; n = 9 950 pour une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois; n = 9 532 pour une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle.

^a L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes demande aux personnes de s'identifier comme « Autochtone » ou comme appartenant à un ou plusieurs « groupes raciaux ou culturels » : Arabe, Noir, Chinois, Philippin, Japonais, Coréen, Latino-Américain, Asiatique du Sud, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Blanc. Les répondants pouvaient également préciser une autre identité.

IC à 95 % : 0,73 à 0,91) et le fait d'être parent (RRR = 0,66; IC à 95 % : 0,56 à 0,77). Trois rôles ont été associés à l'absence de forte consommation épisodique d'alcool : le fait d'occuper un emploi à temps plein (RRR = 0,74; IC à 95 % : 0,66 à 0,82), le fait de vivre en cohabitation ou d'être marié (RRR = 1,23; IC à 95 % : 1,09 à 1,39) et le fait d'être parent (RRR = 1,55; IC à 95 % : 1,35 à 1,79). Quatre rôles ont été associés à la non-consommation d'alcool : le fait d'occuper un emploi à temps plein (RRR = 0,51; IC à 95 % : 0,44 à 0,59), le fait de vivre avec ses parents (RRR = 1,19; IC à 95 % : 1,02 à 1,39), le fait de vivre en cohabitation ou d'être marié (RRR = 1,18; IC à 95 % : 1,01 à 1,37) et le fait d'être parent (RRR = 1,62; IC à 95 % : 1,35 à 1,94). Dans l'ensemble, l'ajustement pour les rôles d'adulte n'a pas modifié l'association entre SSE et consommation d'alcool.

Analyse

Cette étude augmente les connaissances sur les disparités sociales en matière de consommation d'alcool chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans au Canada. Des gradients socioéconomiques clairs en sont ressortis. Comparativement à ceux dont le SSE est plus faible, les jeunes adultes des ménages aux revenus les plus élevés ont une probabilité accrue de déclarer une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle et une probabilité moindre de déclarer ne pas s'être livrés à une forte consommation épisodique d'alcool et ne pas avoir consommé d'alcool au cours de la dernière année. De même, les jeunes

adultes habitant les quartiers les moins défavorisés ont une probabilité accrue de déclarer une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle et une probabilité moindre de déclarer ne pas s'être livrés à une forte consommation épisodique d'alcool et ne pas avoir consommé d'alcool. Les jeunes adultes ayant fait des études supérieures ont une probabilité moindre de déclarer ne pas s'être livrés à une forte consommation épisodique d'alcool et ne pas avoir consommé d'alcool au cours de la dernière année.

L'inclusion des rôles d'adulte dans les modèles n'a pas modifié de façon significative l'association des variables du SSE à la consommation d'alcool. Toutefois, certains rôles d'adulte ont aussi été associés de façon indépendante à la consommation d'alcool. Par exemple, les jeunes adultes exerçant des rôles parentaux ou vivant en cohabitation ou mariés ont une probabilité moindre de déclarer une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle et une probabilité accrue de déclarer ne pas s'être livrés à une forte consommation épisodique d'alcool et ne pas avoir consommé d'alcool au cours de la dernière année. Les jeunes adultes travaillant à temps plein présentent la tendance inverse : ils sont légèrement plus susceptibles de déclarer une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (résultat non statistiquement significatif) et sont moins susceptibles de déclarer ne pas s'être livrés à une forte consommation épisodique d'alcool et ne pas avoir consommé d'alcool. En dernier lieu, les jeunes adultes vivant avec leurs parents

ont une probabilité accrue de déclarer ne pas avoir consommé d'alcool au cours de la dernière année. Dans l'ensemble, nous avons observé les disparités liées au SSE les plus fortes dans les modèles portant sur la non-consommation d'alcool au cours de la dernière année.

SSE et forte consommation épisodique d'alcool chez les jeunes adultes

La relation entre statut socioéconomique et consommation d'alcool est moins claire chez les jeunes adultes²⁶ que chez les adultes ou les adolescents. Alors qu'au sein de la population générale, la recherche sur la forte consommation d'alcool a révélé que les personnes moins scolarisées et dont le revenu du ménage est plus faible sont plus susceptibles de consommer beaucoup d'alcool²⁴, chez les adolescents, l'hyperalcoolisation rapide est plus répandue chez ceux issus de familles ayant un niveau de scolarité élevé, dont le revenu du ménage est élevé et vivant dans des quartiers plus riches²⁶⁻²⁸. Chez les jeunes adultes, les associations sont variables et dépendent de l'indicateur de SSE analysé.

Le SSE a été opérationnalisé de différentes façons dans les études sur les jeunes adultes, ce qui complique les comparaisons directes. Certaines études, qui ont intégré des mesures d'évaluation du SSE familial (comme le niveau de scolarité des parents, le revenu des parents ou d'autres indicateurs du patrimoine familial), tendent à démontrer que la forte consommation épisodique d'alcool chez les jeunes adultes

TABLEAU 2

Associations entre les indicateurs socioéconomiques et la consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens de 18 à 29 ans,
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015-2019), N = 4 869 039

		Niveau de scolarité		Revenu du ménage		Défavorisation matérielle du quartier		SSE combiné ^a	
		RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %
Modèle de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois)									
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	Réf						Réf	
	Diplôme d'études secondaires	0,99	0,82 à 1,19					0,94	0,78 à 1,13
	Collège/technique/cégep	1,06	0,89 à 1,28					1,01	0,84 à 1,21
	Diplôme universitaire de premier cycle ou supérieur	1,15	0,93 à 1,41					1,04	0,84 à 1,29
Revenu du ménage	Q1 (le plus faible/pauvre)			Réf				Réf	
	Q2 (moyen-faible)			1,06	0,91 à 1,24			1,06	0,91 à 1,23
	Q3 (intermédiaire)			1,00	0,86 à 1,17			0,99	0,85 à 1,16
	Q4 (moyen-élevé)			1,18	1,01 à 1,38			1,15	0,99 à 1,35
	Q5 (le plus élevé)			1,25	1,09 à 1,44			1,21	1,04 à 1,39
Défavorisation matérielle du quartier	Q5 (le plus élevé/défavorisé)					Réf		Réf	
	Q4 (moyen-élevé)					1,00	0,85 à 1,17	0,98	0,84 à 1,15
	Q3 (intermédiaire)					1,08	0,93 à 1,26	1,05	0,90 à 1,23
	Q2 (moyen-faible)					1,10	0,94 à 1,28	1,06	0,91 à 1,25
	Q1 (le plus faible)					1,23	1,05 à 1,44	1,18	1,00 à 1,38
Modèle d'absence de forte consommation épisodique d'alcool (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois)									
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	Réf						Réf	
	Diplôme d'études secondaires	0,71	0,57 à 0,88					0,77	0,62 à 0,96
	Collège/technique/cégep	0,65	0,53 à 0,80					0,72	0,58 à 0,89
	Diplôme universitaire de premier cycle ou supérieur	0,59	0,47 à 0,74					0,69	0,55 à 0,88
Revenu du ménage	Q1 (le plus faible/pauvre)			Réf				Réf	
	Q2 (moyen-faible)			0,91	0,78 à 1,07			0,93	0,79 à 1,09
	Q3 (intermédiaire)			0,76	0,64 à 0,90			0,79	0,66 à 0,94
	Q4 (moyen-élevé)			0,73	0,62 à 0,86			0,77	0,65 à 0,91
	Q5 (le plus élevé)			0,62	0,52 à 0,76			0,67	0,55 à 0,81
Défavorisation matérielle du quartier	Q5 (le plus élevé/défavorisé)					Réf		Réf	
	Q4 (moyen-élevé)					0,84	0,70 à 1,01	0,88	0,74 à 1,06
	Q3 (intermédiaire)					0,88	0,74 à 1,05	0,94	0,79 à 1,12
	Q2 (moyen-faible)					0,80	0,67 à 0,96	0,87	0,72 à 1,05
	Q1 (le plus faible)					0,72	0,60 à 0,87	0,80	0,66 à 0,97
Modèle de non-consommation d'alcool (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois)									
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	Réf						Réf	
	Diplôme d'études secondaires	0,37	0,30 à 0,46					0,45	0,37 à 0,56
	Collège/technique/cégep	0,29	0,23 à 0,37					0,36	0,28 à 0,45
	Diplôme universitaire de premier cycle ou supérieur	0,26	0,21 à 0,33					0,38	0,30 à 0,47
Revenu du ménage	Q1 (le plus faible/pauvre)			Réf				Réf	
	Q2 (moyen-faible)			0,76	0,64 à 0,91			0,81	0,68 à 0,97
	Q3 (intermédiaire)			0,67	0,55 à 0,81			0,75	0,62 à 0,91
	Q4 (moyen-élevé)			0,46	0,38 à 0,56			0,54	0,44 à 0,66
	Q5 (le plus élevé)			0,37	0,30 à 0,46			0,47	0,38 à 0,58
Défavorisation matérielle du quartier	Q5 (le plus élevé/défavorisé)					Réf		Réf	
	Q4 (moyen-élevé)					0,67	0,55 à 0,82	0,74	0,60 à 0,90
	Q3 (intermédiaire)					0,64	0,52 à 0,78	0,72	0,58 à 0,88
	Q2 (moyen-faible)					0,55	0,44 à 0,67	0,64	0,52 à 0,79
	Q1 (le plus faible)					0,39	0,31 à 0,49	0,47	0,38 à 0,59

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Q, quintile; Réf, groupe de référence; RRR, rapport de risque relatif; SSE, statut socioéconomique.

Remarques : Régression logistique multinomiale pondérée au moyen d'une analyse de cas complets. Les modèles ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de l'identité ethnoraïale et autochtone, du degré d'urbanisation, de l'âge légal pour consommer de l'alcool dans la province et de l'année d'enquête. La police en caractères gras indique le caractère significatif.

^aDans le modèle combiné du SSE, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la défavorisation matérielle du quartier ont été inclus comme covariables.

TABLEAU 3

Associations entre les indicateurs socioéconomiques, les rôles d'adulte et la consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens de 18 à 29 ans, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015-2019), N = 4 869 039

	Étudie à temps plein ^a		Travaille à temps plein ^b		Vit avec ses parents ^c		En cohabitation/marié ^d		Exerce des responsabilités parentales ^e	
	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %
Modèle de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois)										
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf
	Diplôme d'études secondaires	0,95	0,79 à 1,15	0,93	0,77 à 1,12	0,94	0,78 à 1,13	0,94	0,78 à 1,13	0,93
	Collège/technique/cégep	1,01	0,84 à 1,22	0,99	0,82 à 1,20	1,00	0,83 à 1,21	1,01	0,84 à 1,22	1,00
	Diplôme universitaire de premier cycle ou supérieur	1,05	0,85 à 1,30	1,03	0,83 à 1,27	1,04	0,84 à 1,28	1,06	0,85 à 1,31	1,02
Revenu du ménage	Q1 (le plus faible/pauvre)	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf
	Q2 (moyen-faible)	1,05	0,90 à 1,23	1,05	0,90 à 1,22	1,07	0,92 à 1,25	1,06	0,91 à 1,24	1,05
	Q3 (intermédiaire)	0,99	0,84 à 1,15	0,98	0,84 à 1,14	1,01	0,86 à 1,18	0,99	0,85 à 1,16	0,98
	Q4 (moyen-élévé)	1,15	0,98 à 1,35	1,14	0,97 à 1,33	1,18	1,01 à 1,38	1,15	0,98 à 1,35	1,13
	Q5 (le plus élevé)	1,21	1,04 à 1,39	1,19	1,03 à 1,38	1,24	1,07 à 1,44	1,20	1,04 à 1,38	1,17
Défavorisation matérielle du quartier	Q5 (le plus élevé/défavorisé)	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf
	Q4 (moyen-élévé)	0,98	0,84 à 1,15	0,98	0,84 à 1,15	0,98	0,84 à 1,15	0,98	0,84 à 1,15	0,98
	Q3 (intermédiaire)	1,05	0,90 à 1,23	1,05	0,90 à 1,22	1,05	0,90 à 1,23	1,05	0,90 à 1,23	1,05
	Q2 (moyen-faible)	1,07	0,91 à 1,25	1,06	0,91 à 1,24	1,06	0,91 à 1,25	1,06	0,91 à 1,25	1,06
	Q1 (le plus faible)	1,18	1,01 à 1,39	1,17	1,00 à 1,38	1,17	1,00 à 1,38	1,17	1,00 à 1,38	1,16
Étudie à temps plein	Oui	0,91	0,81 à 1,03							
Travaille à temps plein	Oui			1,09	0,98 à 1,20					
Vit avec ses parents	Oui					0,92	0,81 à 1,03			
En cohabitation/marié	Oui							0,81	0,73 à 0,91	
Exerce des responsabilités parentales	Oui								0,66	0,56 à 0,77
Modèle d'absence de forte consommation épisodique d'alcool (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois)										
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf
	Diplôme d'études secondaires	0,78	0,63 à 0,97	0,79	0,63 à 0,98	0,77	0,62 à 0,96	0,77	0,62 à 0,96	0,78
	Collège/technique/cégep	0,72	0,58 à 0,89	0,75	0,61 à 0,93	0,71	0,58 à 0,89	0,71	0,57 à 0,89	0,73
	Diplôme universitaire de premier cycle ou supérieur	0,70	0,55 à 0,88	0,73	0,58 à 0,93	0,69	0,55 à 0,87	0,69	0,55 à 0,87	0,72
Revenu du ménage	Q1 (le plus faible/pauvre)	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf
	Q2 (moyen-faible)	0,93	0,79 à 1,09	0,97	0,83 à 1,14	0,95	0,81 à 1,11	0,93	0,79 à 1,09	0,94
	Q3 (intermédiaire)	0,78	0,66 à 0,93	0,82	0,69 à 0,98	0,81	0,68 à 0,96	0,79	0,66 à 0,94	0,80
	Q4 (moyen-élévé)	0,77	0,65 à 0,91	0,81	0,68 à 0,96	0,79	0,67 à 0,95	0,77	0,65 à 0,91	0,79
	Q5 (le plus élevé)	0,67	0,55 à 0,81	0,71	0,59 à 0,86	0,70	0,57 à 0,85	0,68	0,56 à 0,82	0,70

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)

Associations entre les indicateurs socioéconomiques, les rôles d'adulte et la consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens de 18 à 29 ans, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015-2019), N = 4 869 039

	Étudie à temps plein ^a	Travaille à temps plein ^b		Vit avec ses parents ^c		En cohabitation/marié ^d		Exerce des responsabilités parentales ^e			
		RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %	RRR	IC à 95 %
Défavorisation matérielle du quartier	Q5 (le plus élevé/défavorisé)	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf	
	Q4 (moyen-élévé)	0,88	0,74 à 1,06	0,89	0,74 à 1,06	0,88	0,73 à 1,05	0,88	0,74 à 1,06	0,89	0,74 à 1,07
	Q3 (intermédiaire)	0,94	0,79 à 1,12	0,94	0,79 à 1,12	0,94	0,79 à 1,12	0,94	0,79 à 1,12	0,94	0,79 à 1,13
	Q2 (moyen-faible)	0,87	0,73 à 1,05	0,87	0,72 à 1,05	0,87	0,72 à 1,05	0,87	0,73 à 1,05	0,88	0,74 à 1,07
	Q1 (le plus faible)	0,81	0,67 à 0,97	0,81	0,67 à 0,97	0,80	0,66 à 0,96	0,80	0,67 à 0,97	0,82	0,68 à 0,99
Étudie à temps plein	Oui	0,92		0,81 à 1,06							
Travaille à temps plein	Oui			0,74		0,66 à 0,82					
Vit avec ses parents	Oui					0,88		0,77 à 1,01			
En cohabitation/marié	Oui							1,23		1,09 à 1,39	
Exerce des responsabilités parentales	Oui							1,55		1,35 à 1,79	
Modèle de non-consommation d'alcool (par rapport à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois)											
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf	
	Diplôme d'études secondaires	0,46	0,37 à 0,56	0,47	0,38 à 0,58	0,45	0,37 à 0,56	0,45	0,37 à 0,56	0,46	0,38 à 0,57
	Collège/technique/cégep	0,36	0,28 à 0,45	0,39	0,31 à 0,49	0,36	0,29 à 0,45	0,36	0,28 à 0,44	0,37	0,29 à 0,46
	Diplôme universitaire de premier cycle ou supérieur	0,38	0,30 à 0,48	0,42	0,33 à 0,53	0,38	0,30 à 0,48	0,37	0,29 à 0,47	0,39	0,31 à 0,50
Revenu du ménage	Q1 (le plus faible/pauvre)	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf	
	Q2 (moyen-faible)	0,81	0,68 à 0,96	0,90	0,75 à 1,07	0,79	0,67 à 0,94	0,81	0,68 à 0,97	0,83	0,69 à 0,98
	Q3 (intermédiaire)	0,75	0,62 à 0,91	0,83	0,68 à 1,01	0,73	0,60 à 0,88	0,75	0,62 à 0,91	0,77	0,64 à 0,93
	Q4 (moyen-élévé)	0,54	0,44 à 0,65	0,60	0,49 à 0,73	0,52	0,42 à 0,63	0,54	0,44 à 0,66	0,56	0,46 à 0,68
	Q5 (le plus élevé)	0,47	0,38 à 0,58	0,53	0,43 à 0,67	0,45	0,36 à 0,55	0,47	0,38 à 0,58	0,49	0,39 à 0,61
Défavorisation matérielle du quartier	Q5 (le plus élevé/défavorisé)	Réf		Réf		Réf		Réf		Réf	
	Q4 (moyen-élévé)	0,74	0,60 à 0,90	0,74	0,61 à 0,91	0,74	0,61 à 0,90	0,74	0,60 à 0,90	0,74	0,61 à 0,91
	Q3 (intermédiaire)	0,72	0,58 à 0,88	0,71	0,58 à 0,88	0,71	0,58 à 0,87	0,72	0,58 à 0,88	0,72	0,59 à 0,88
	Q2 (moyen-faible)	0,64	0,52 à 0,79	0,64	0,52 à 0,79	0,64	0,52 à 0,79	0,64	0,52 à 0,79	0,65	0,53 à 0,80
	Q1 (le plus faible)	0,48	0,38 à 0,60	0,48	0,38 à 0,60	0,48	0,39 à 0,60	0,48	0,38 à 0,59	0,48	0,39 à 0,61
Étudie à temps plein	Oui	0,96		0,82 à 1,13							
Travaille à temps plein	Oui			0,51		0,44 à 0,59					
Vit avec ses parents	Oui					1,19		1,02 à 1,39			
En cohabitation/marié	Oui							1,18		1,01 à 1,37	
Exerce des responsabilités parentales	Oui							1,62		1,35 à 1,94	

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Réf, groupe de référence; RRR, rapport de risque relatif; Q, quintile; SSE, statut socioéconomique.

Remarques : Les modèles ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de l'identité ethnoraciale et autochtone, du degré d'urbanisation, de l'âge légal pour consommer de l'alcool dans la province et de l'année d'enquête. La police en caractères gras indique le caractère significatif.

^a Référence : ne fréquente pas l'école à temps plein.

^b Référence : ne travaille pas à temps plein.

^c Référence : ne vit pas avec ses parents.

^d Référence : ne vit pas en cohabitation/n'est pas marié.

^e Référence : n'exerce pas de responsabilités parentales.

est associée à un niveau de scolarité supérieur chez les parents²⁹⁻³². Cette mesure n'était cependant pas disponible dans l'ESCC. Alors que nous nous attendions à ce qu'une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle soit associée à un niveau de scolarité inférieur comme dans la population générale, nous avons constaté que le niveau de scolarité n'était pas associé de façon significative à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle (comparativement à une forte consommation épisodique d'alcool moins d'une fois par mois). Il est probable qu'en matière de consommation d'alcool, les inégalités liées au niveau de scolarité ne se manifestent que plus tard dans la vie.

Peu d'études ont utilisé des mesures du revenu personnel ou de la défavorisation matérielle du quartier. Notre constatation selon laquelle un revenu du ménage plus élevé est associé à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle chez les jeunes adultes conforte les conclusions des études ayant intégré le revenu du ménage ou le revenu personnel à leur analyse^{26,33}. L'une des raisons possibles de cette association est que ces jeunes adultes disposent d'un revenu plus élevé à consacrer à l'achat d'alcool³³. Il est également possible qu'une forte consommation épisodique d'alcool fréquente soit une pratique plus acceptée chez les jeunes adultes des ménages et des réseaux sociaux à revenu élevé²⁶. L'association positive que nous avons constatée chez les jeunes adultes entre le fait de vivre dans les quartiers les moins défavorisés (les plus riches) et une forte consommation épisodique d'alcool rejette les résultats de deux études^{22,31}, mais pas ceux de deux autres études^{34,35}. La défavorisation matérielle du quartier pourrait être liée à la consommation d'alcool par le biais de normes sociales qui soit autorisent, soit découragent une forte consommation d'alcool (ou l'abstinence) ou en raison de la disponibilité en alcool²³.

SSE, absence de forte consommation épisodique d'alcool et non-consommation d'alcool chez les jeunes adultes

Nous avons constaté que l'absence de forte consommation épisodique d'alcool et la non-consommation d'alcool au cours de la dernière année étaient plus fréquentes chez les jeunes adultes moins scolarisés, vivant dans un ménage à faible revenu et vivant dans un quartier plus défavorisé. Les résultats concernant la

non-consommation d'alcool concordent avec ceux d'études menées auprès de jeunes adultes en Grande-Bretagne, en France, aux États-Unis et en Australie³⁶⁻³⁹. Les raisons de l'association entre un SSE inférieur et le fait de ne pas consommer d'alcool ne sont pas bien comprises, bien qu'une mauvaise santé physique ou mentale préexistante puisse avoir une influence sur l'abstinence d'alcool tout au long de la vie³⁶.

S'il est de plus en plus reconnu que la consommation d'alcool des jeunes adultes n'a jamais été aussi faible, peu d'études populationnelles incluent les jeunes adultes ne consommant pas d'alcool comme sujet d'analyse. L'abstinence d'alcool est souvent décrite comme une conséquence de problèmes de santé chez les populations générales d'adultes et, ces personnes abstinentes étant jugées trop différentes de la moyenne, elles ne sont pas incluses dans les analyses, car on sait qu'une mauvaise santé sous-tend à la fois la non-consommation d'alcool et un faible SSE^{36,40}. Toutefois, dans une analyse des tendances en matière de non-consommation d'alcool chez les jeunes adultes britanniques, Ng Fat et ses collaborateurs⁴¹ ont avancé que l'abstinence gagnait en popularité et qu'une grande partie de cette augmentation proviendrait des jeunes qui ne commencent jamais à consommer de l'alcool bien qu'ils déclarent être en bonne santé. Dans notre étude, presque tous les jeunes adultes (99 %) qui ne buvaient pas d'alcool ont déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool : autrement dit, il y avait peu d'« anciens buveurs ».

Le fait que nous ayons constaté une orientation semblable des associations entre un SSE inférieur et l'absence de forte consommation épisodique d'alcool chez les répondants consommant de l'alcool montre également que la non-consommation n'est pas un comportement aberrant, mais qu'elle fait partie d'un continuum de comportements en matière de consommation d'alcool. Étant donné que le Canada a fait de la consommation d'alcool à faible risque un objectif de santé publique (et qu'il a récemment renforcé ses directives en la matière¹), il est important de comprendre les caractéristiques des jeunes adultes ne consommant pas d'alcool. Il serait utile d'étudier l'évolution de la non-consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens et de déterminer si les disparités sociales s'amenuisent.

Rôles d'adulte et consommation d'alcool

Nous n'avons trouvé aucune association entre le fait d'être étudiant et la consommation d'alcool. Les données divergent en ce qui concerne la relation entre le fait d'être étudiant et la consommation d'alcool : certaines études ont révélé que la forte consommation épisodique d'alcool est plus répandue chez les étudiants de niveau postsecondaire que chez leurs pairs non étudiants^{42,43}, tandis que d'autres études n'ont signalé aucune différence^{44,45}. Nous complétons ces publications en constatant encore une fois l'absence d'association entre le fait d'être étudiant et la consommation d'alcool en contexte canadien.

Les données sur la relation entre consommation d'alcool et emploi chez les jeunes adultes sont rares et incohérentes^{46,47}. D'après nos résultats, le fait de travailler à temps plein peut se révéler un facteur de risque de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle chez les jeunes adultes, comme le montrent deux études antérieures^{45,48} : cela peut accroître la fréquence de consommation en raison de l'augmentation du revenu ou des occasions sociales de consommation d'alcool avec des collègues^{45,46,49}. Nous avons également constaté que le fait d'occuper un emploi à temps plein était inversement associé à l'absence de forte consommation épisodique d'alcool et à l'absence de consommation d'alcool au cours de la dernière année. Ces associations diffèrent de celles ressortant des études menées auprès des adultes en général, qui montrent que la forte consommation épisodique d'alcool est associée au chômage^{15,24}. Cela donne à penser que l'effet de l'emploi peut varier selon le stade de la vie, et que le chômage peut devenir un prédicteur de plus en plus significatif de l'abus d'alcool au cours de la vie, en raison de son incidence grandissante sur l'identité et les finances d'une personne à mesure qu'elle vieillit.

Comme nous l'avions supposé, l'exercice de responsabilités parentales et le fait de vivre en cohabitation ou d'être marié sont des facteurs de protection contre la forte consommation épisodique d'alcool et sont positivement associés à la non-consommation d'alcool, ce qui a été bien documenté dans d'autres études^{5,36,50-53}. Nous nous attendions à ce que le fait de vivre avec ses parents réduise la probabilité d'une forte consommation épisodique

d'alcool mensuelle, comme le montrent d'autres études, mais nos constatations ne sont pas statistiquement significatives^{44,54}. Toutefois, le fait de vivre avec ses parents a été positivement associé au fait de n'avoir jamais consommé d'alcool au cours de la dernière année. L'un des mécanismes proposés pour expliquer l'augmentation du nombre de jeunes adultes qui ne consomment pas d'alcool est la proportion croissante de jeunes adultes qui vivent chez leurs parents tout au long de la vingtaine⁵⁵.

Points forts et limites

Le principal point fort de cette étude réside dans les qualités méthodologiques de l'ESCC, un vaste échantillon national comprenant de jeunes adultes non étudiants ou n'ayant pas fait d'études universitaires. Toutefois, cette étude est transversale et ne peut donc confirmer un lien de causalité entre SSE et consommation d'alcool. De plus, la base de données évaluait la fréquence d'une forte consommation épisodique d'alcool, mais pas les quantités consommées par épisode. Nous n'avions donc pas de mesure de la consommation intensive d'alcool (définie comme 8 verres d'alcool ou plus en une seule occasion pour les femmes et 10 verres pour les hommes²), ce qui mériterait d'être approfondi, étant donné que la forte consommation épisodique d'alcool est courante dans ce groupe d'âge. Nous n'avons pas non plus tenu compte du statut d'immigrant ou de l'âge au moment de la migration (associé à une non-consommation d'alcool et à une forte consommation épisodique d'alcool)⁵⁶, ce qui aurait pu atténuer les résultats. En dernier lieu, environ 12 % de l'ensemble de données pondéré a été exclu de l'analyse en raison de données manquantes. Cela comprenait tous les répondants des trois territoires du Canada, ce qui fait que les résultats de cette étude pourraient ne pas être généralisables aux jeunes adultes vivant dans les territoires.

Retombées

Nous avons utilisé trois indicateurs du SSE, qui sont susceptibles de refléter des ressources et des circonstances de vie différentes et non interchangeables. Comme prévu, les indicateurs se chevauchaient quelque peu et l'orientation des associations est demeurée la même quel que soit l'indicateur de SSE, quoique les associations aient été atténuées une fois incluses

dans les modèles combinés du SSE. Nous avons utilisé le niveau de scolarité comme composante du SSE en ce qui concerne le comportement en matière de consommation d'alcool parce qu'il peut avoir une influence sur les normes et les attitudes, tandis que le revenu du ménage peut avoir une influence sur la capacité d'achat. La défavorisation matérielle du quartier est susceptible de rendre compte du contexte environnemental, notamment les normes de consommation d'alcool de la communauté et la disponibilité de points de vente d'alcool. Alors que tous les indicateurs du SSE ont été associés positivement à une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle, seul le quintile de revenu du ménage le plus élevé a affiché une association statistiquement significative. Tous les indicateurs du SSE ont été inversement associés à la non-consommation d'alcool, ces associations étant plus fortes que dans les modèles de forte consommation épisodique d'alcool mensuelle. L'une des raisons plausibles pour lesquelles la forte consommation épisodique d'alcool est plus répandue chez les jeunes adultes favorisés sur le plan socioéconomique pourrait être que, contrairement au tabagisme, elle n'est pas largement considérée comme un risque pour la santé et n'est pas stigmatisée socialement⁵⁷.

Les données probantes recueillies dans le cadre de cette étude et dans d'autres recherches montrent que la relation entre SSE et forte consommation épisodique d'alcool n'est pas la même chez les jeunes adultes et chez la population adulte en général⁵⁸, bien que nous ayons constaté que l'association entre SSE et non-consommation d'alcool chez les jeunes adultes suit la même tendance que dans la population adulte en général. La compréhension du rôle des facteurs socioéconomiques à l'égard des habitudes de consommation d'alcool des jeunes adultes, à mesure qu'ils adoptent des rôles d'adulte, aiderait à définir des cibles de prévention. Alors qu'un récent examen de la portée a révélé que la plupart des interventions de courte durée concernant la consommation d'alcool chez les jeunes adultes ont lieu dans les établissements scolaires de premier cycle¹⁴, nos résultats laissent penser que les initiatives de prévention pourraient être étendues aux jeunes adultes occupant un emploi à temps plein.

Des baisses de la consommation d'alcool chez les jeunes adultes ont été rapportées dans de nombreux pays^{39,59}. Cette tendance

offre des occasions de normaliser une consommation d'alcool plus modérée, surtout dans les contextes où la socialisation est liée à une culture de consommation excessive d'alcool (par exemple au début des études postsecondaires, lors de sorties avec des amis ou des collègues)⁶⁰. Toutefois, les données probantes les plus solides concernant la prévention des méfaits liés à la consommation d'alcool proviennent de politiques générales qui ciblent l'abordabilité, la disponibilité physique et la promotion de l'alcool⁵⁹. Ces mesures peuvent également encourager une consommation restreinte d'alcool et sont pertinentes pour les jeunes adultes (qui sont sensibles au prix de l'alcool et sont ciblés par la publicité numérique)⁵⁹, ainsi que pour les adolescents. Il est plus efficace d'utiliser une combinaison de politiques sur l'abordabilité, la disponibilité et la promotion de l'alcool qu'une seule de ces mesures⁶¹.

Bien que notre étude n'ait pas porté sur les méfaits, il est à noter que l'existence d'un paradoxe alcool-méfaits est de mieux en mieux connue, à savoir que les méfaits de l'alcool (hospitalisation, décès, etc.) touchent plus durement les groupes à faible SSE, malgré une consommation inférieure. Dans la population adulte générale, les personnes à faible SSE subissent des méfaits disproportionnés par rapport à leur niveau de consommation d'alcool⁶². Un ensemble grandissant de données probantes laisse penser que ce paradoxe existe également chez les adolescents^{63,64} et les jeunes adultes⁶⁵, les jeunes adultes à faible SSE étant plus vulnérables aux méfaits causés par l'alcool comme la violence, les blessures, l'hospitalisation et les débâcles avec la police. L'une des raisons de cette vulnérabilité accrue des jeunes adultes à faible SSE serait que leurs ressources ne leur fournissent pas l'effet protecteur dont bénéficient leurs pairs plus aisés^{26,31}.

Conclusion

Les associations entre SSE et forte consommation épisodique d'alcool mensuelle chez les jeunes adultes diffèrent de celles observées chez les adultes en général et font ressortir l'importance des évaluations multidimensionnelles du SSE. Une forte consommation épisodique d'alcool mensuelle chez les jeunes adultes a été associée à un revenu du ménage plus élevé. Elle a également été associée, mais de façon non significative, au fait de vivre

dans les quartiers les moins défavorisés. Chez les jeunes adultes, le fait de ne pas consommer d'alcool et de ne pas se livrer à une forte consommation épisodique d'alcool a été associé à de faibles niveaux de scolarité, de revenu et d'avantages liés au quartier. On sait que les politiques structurelles ciblant l'abordabilité, la disponibilité et la promotion de l'alcool sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool chez les jeunes adultes. Ces mesures de prévention universelles pourraient être complétées par des approches ciblées visant les populations de jeunes adultes à risque accro de forte consommation épisodique d'alcool.

Remerciements

SS détient une bourse de recherche post-doctorale du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. MS est titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 2 sur l'équité en santé urbaine et les jeunes (2020-2025).

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

Conception : SS, MS. Analyse et rédaction de la première version du manuscrit : SS. Rédaction, relectures et révisions : SS, MS, TG.

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

- Paradis C, Butt P, Shield K, et al. Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : rapport final pour consultation publique. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2022. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-08/CCSA-LRDG-Update-of-Canada%27s-LRDG-Final-report-for-public-consultation-fr.pdf>
- Terry-McElrath YM, Patrick ME. Intoxication and binge and high-intensity drinking among US young adults in their mid-20s. *Subst Abus*. 2016;37(4):597-605. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1178681>
- Rafferty E, Bonner WI, Code J, et al. Factors influencing risky single occasion drinking in Canada and policy implications. *Arch Public Health*. 2017;75:22. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0190-z>
- Cadigan JM, Duckworth JC, Parker ME, Lee CM. Influence of developmental social role transitions on young adult substance use. *Curr Opin Psychol*. 2019;30:87-91. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.03.006>
- Staff J, Schulenberg JE, Maslowsky J, et al. Substance use changes and social role transitions: proximal developmental effects on ongoing trajectories from late adolescence through early adulthood. *Dev Psychopathol*. 2010;22(4):917-932. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000544>
- Petker TD, Halladay J, Vedelago L, et collab. Predictors of aging out of heavy episodic drinking in emerging adults: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2019;8(1):230. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1139-9>
- Lawrence E, Mollborn S, Goode J, Pampel F. Health lifestyles and the transition to adulthood. *Socius*. 2020; 6:237802312094207. <https://doi.org/10.1177/2378023120942070>
- Scaglione NM, Turrisi R, Cleveland MJ, Mallett KA, Comer CD. Identifying theoretical predictors of risky alcohol use among noncollege emerging adults. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013;74(5):765-769. <https://doi.org/10.15288/jasd.2013.74.765>
- Cheong JW, Lindstrom K, Chandler SD, Bacon JP, Tucker JA. Social network feedback and drinking outcomes among emerging adult risky drinkers living in urban communities. *Subst Use Misuse*. 2021;56(13):1989-1996. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1963985>
- Cadigan JM, Duckworth JC, Lee CM. Physical and mental health issues facing community college students. *J Am Coll Health*. 2022;70(3):891-897. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1776716>
- Mitchell LL, Syed M. Does college matter for emerging adulthood? Comparing developmental trajectories of educational groups. *J Youth Adolesc*. 2015;44(11):2012-2027. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0330-0>
- Jager J, Keyes KM, Son D, Patrick ME, Platt J, Schulenberg JE. Age 18-30 trajectories of binge drinking frequency and prevalence across the past 30 years for men and women: delineating when and why historical trends reversed across age. *Dev Psychopathol*. 2022;1-15. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001218>
- Patrick ME, Terry-McElrath YM, Lanza ST, Jager J, Schulenberg JE, O'Malley PM. Shifting age of peak binge drinking prevalence: historical changes in normative trajectories among young adults aged 18 to 30. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(2):287-298. <https://doi.org/10.1111/acer.13933>
- Cronce JM, Marchetti MA, Jones MB, Ehlinger PP. A scoping review of brief alcohol interventions across young adult subpopulations. *Psychol Addict Behav*. 2022;36(6):648-663. <https://doi.org/10.1037/adb0000800>
- Collins SE. Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Res Curr Rev*. 2016;38(1):83-94.
- Williams VF, Smith AA, Villanti AC, et al. Validity of a subjective financial situation measure to assess socioeconomic status in US young adults. *J Public Health Manag Pract*. 2017; 23(5):487-495. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000468>
- Lui CK, Mulia N. A life course approach to understanding racial/ethnic differences in transitions into and out of alcohol problems. *Alcohol Alcohol*. 2018;53(4):487-496. <https://doi.org/10.1093/alc/acy015>
- Jackson KM. Heavy episodic drinking: determining the predictive utility of five or more drinks. *Psychol Addict Behav*. 2008;22(1):68-77. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.1.68>

19. Gamache P, Hamel D, Blaser C. L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref. Québec (QC) : Institut national de santé publique du Québec; 2019.
20. Statistique Canada. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada (n° 98-301-X2016001 au catalogue); 2016 [consultation le 21 déc. 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/index-fra.cfm>
21. Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé. Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada [outil de visualisation des données; Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; [modification le 5 juillet 2022; consultation le 21 déc. 2021]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de donnees/>
22. Slutske WS, Deutsch AR, Piasek TM. Neighborhood contextual factors, alcohol use, and alcohol problems in the United States: evidence from a nationally representative study of young adults. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(5):1010-1019. <https://doi.org/10.1111/acer.13033>
23. Karriker-Jaffe KJ, Liu H, Kaplan LM. Understanding associations between neighborhood socioeconomic status and negative consequences of drinking: a moderated mediation analysis. *Prev Sci*. 2016;17(4):513-524. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0641-8>
24. Haque MZ, Young SW, Wang Y, et al. Socio-demographic factors related to binge drinking in Ontario. *Drug Alcohol Depend*. 2021;226:108810. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108810>
25. Garriguet D. Chapitre 1, La santé des jeunes au Canada. Dans : Portrait des jeunes au Canada : Rapport statistique [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [n° 42-28-0001 au catalogue]; 2021. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/42-28-0001_2021001/article/00001-fra.htm
26. Patrick ME, Wightman P, Schoeni RF, Schulenberg JE. Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(5):772-782. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.772>
27. Snedker KA, Herting JR, Walton E. Contextual effects and adolescent substance use: exploring the role of neighborhoods. *Soc Sci Q*. 2009;90(5):1272-1297. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2009.00677.x>
28. Pedersen W, Bakken A, von Soest T. Adolescents from affluent city districts drink more alcohol than others. *Addiction*. 2015;110(10):1595-1604. <https://doi.org/10.1111/add.13005>
29. Kuhl DC, Burrington LA. Heavy episodic drinking in early adulthood: how parents' education contextualizes the effects of college status. *Sociol Focus*. 2020;53(1):29-52. <https://doi.org/10.1080/00380237.2019.1703864>
30. Martin CC. High socioeconomic status predicts substance use and alcohol consumption in U.S. undergraduates. *Subst Use Misuse*. 2019;54(6):1035-1043. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1559193>
31. Swisher RR, Dennison CR. First- and continuing-generation students, substance use, and college graduation. *Soc Forces*. 2020;98(4):1636-1668. <https://doi.org/10.1093/SF/SOZ066>
32. Andersson MA, Maralani V, Wilkinson R. Origins and destinations, but how much and when? Educational disparities in smoking and drinking across adolescence and young adulthood. *Pop Res Policy Rev*. 2021;41(2):521-558. <https://doi.org/10.1007/s11113-021-09659-2>
33. Kar IN, Haynie DL, Luk JW, Simons-Morton BG. Personal income and substance use among emerging adults in the United States. *Subst Use Misuse*. 2018;53(12):1984-1996. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1449863>
34. Currier D, Patton G, Sanci L, et al. Socioeconomic disadvantage, mental health and substance use in young men in emerging adulthood. *Behav Med*. 2021;47(1):31-39. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1622504>
35. Rhew IC, Duckworth JC, Hurvitz PM, Lee CM. Within- and between-person associations of neighborhood poverty with alcohol use and consequences: a monthly study of young adults. *Drug Alcohol Depend*. 2020;212:108068. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108068>
36. Ng Fat L, Shelton N. Associations between self-reported illness and non-drinking in young adults. *Addiction*. 2012;107(9):1612-1620. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03878.x>
37. Yaogo A, Fombonne E, Kouanda S, Lert F, Melchior M. Lifecourse socioeconomic position and alcohol use in young adulthood: results from the French TEMPO cohort study. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):109-116. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl128>
38. Lui CK, Chung PJ, Ford CL, Grella CE, Mulia N. Drinking behaviors and life course socioeconomic status during the transition from adolescence to adulthood among Whites and Blacks. *J Stud Alcohol Drugs*. 2015;76(1):68-79. <https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.68>
39. Livingston M, Callinan S, Vashishtha R, Yen WS, Dietze P. Tracking the decline in Australian adolescent drinking into adulthood. *Addiction*. 2022;117(5):1273-1281. <https://doi.org/10.1111/add.15720>
40. Evans-Polce RJ, Staff J, Maggs JL. Alcohol abstention in early adulthood and premature mortality: do early life factors, social support, and health explain this association? *Soc Sci Med*. 2016;163:71-79. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.052>
41. Ng Fat L, Shelton N, Cable N. Investigating the growing trend of non-drinking among young people; analysis of repeated cross-sectional surveys in England 2005-2015. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1090. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5995-3>
42. Slutske WS. Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):321-327. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.321>

43. Patrick ME, Terry-McElrath YM. High-intensity drinking by underage young adults in the United States. *Addiction*. 2017;112(1):82-93. <https://doi.org/10.1111/add.13556>
44. Evans-Polce RJ, Maggs JL, Staff J, Lanza ST. The age-varying association of student status with excessive alcohol use: ages 18 to 30 years. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(2):407-413. <https://doi.org/10.1111/acer.13294>
45. Lee CM, Cadigan JM, Fairlie AM, Lewis MA. Transitions into young adulthood: extent to which alcohol use, perceived drinking norms, and consequences vary by education and work statuses among 18-20 year olds. *Addict Behav*. 2018;79:107-112. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.004>
46. Martinic M, Bigirimana A. Life transitions into adulthood and the drinking trajectory. In: Conroy D, Measham F, directeurs. *Young adult drinking styles: current perspectives on research, policy and practice*. Cham (CH): Palgrave Macmillan; 2019. p. 67-84.
47. Patrick ME, Rhew IC, Duckworth JC, Lewis AM, Abdallah DA, Lee CM. Patterns of young adult social roles transitions across 24 months and subsequent substance use and mental health. *J Youth Adolesc*. 2020;49(4):869-880. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01134-8>
48. Greene KM, Eitle TM, Eitle D. Adult social roles and alcohol use among American Indians. *Addict Behav*. 2014;39(9):1357-1360. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.024>
49. Orlowski M, Fuchs G, Pizam A. Alcohol consumption among working students: the moderating effects of workplace policies and college major. *J Hum Resour Hosp Tour*. 2021;20(2):270-298. <https://doi.org/10.1080/15332845.2021.1872270>
50. Kuntsche S, Astudillo M, Gmel G. Social roles among recruits in Switzerland: do social roles relate to alcohol use and does role change have an impact? *Addict Behav*. 2016;54:59-63. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.12.011>
51. Duncan GJ, Wilkerson B, England P. Cleaning up their act: the effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography*. 2006;43(4):691-710. <https://doi.org/10.1353/dem.2006.0032>
52. Borschmann R, Becker D, Spry E, et al. Alcohol and parenthood: an integrative analysis of the effects of transition to parenthood in three Australasian cohorts. *Drug Alcohol Depend*. 2019;197:326-334. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.004>
53. Evans-Polce RJ, Jang BJ, Maggs JL, Patrick ME. Gender and age differences in the associations between family social roles and excessive alcohol use. *Soc Sci Med*. 2020;244:112664. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112664>
54. Leech TG, Jacobs S, Watson D. Factors associated with binge drinking during the transition into adulthood: exploring associations within two distinct young adult age ranges. *Subst Abuse Res Treat*. 2020;14:1178221820951781. <https://doi.org/10.1177/1178221820951781>
55. McCabe SE, Arterberry BJ, Dickinson K, et al. Assessment of changes in alcohol and marijuana abstinence, co-use, and use disorders among US young adults from 2002 to 2018. *JAMA Pediatr*. 2021;175(1):64-72. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.3352>
56. Agic B, Mann RE, Tuck A, et al. Alcohol use among immigrants in Ontario, Canada. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(2):196-205. <https://doi.org/10.1111/dar.12250>
57. Frohlich KL, Mykhalovskiy E, Poland BD, Haines-Saah R, Johnson J. Creating the socially marginalised youth smoker: the role of tobacco control. *Sociol Health Illn*. 2012;34(7):978-993. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01449.x>
58. Lui CK, Kerr WC, Mulia N, Ye Y. Educational differences in alcohol consumption and heavy drinking: an age-period-cohort perspective. *Drug Alcohol Depend*. 2018;186:36-43. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.046>
59. Babor TF, Casswell S, Graham K, et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. 3rd ed. Oxford (UK) : Oxford University Press; 2022. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192844484.001.0001>
60. Banister E, Conroy D, Piacentini M. Non-drinkers and non-drinking: a review critique and pathways to policy. In: Conroy D, Measham F, directeurs. *Young adult drinking styles: current perspectives on research, policy and practice*. Cham (CH): Palgrave Macmillan; 2019. p. 213-32.
61. Leal-López E, Moreno-Maldonado C, Inchley J, et al. Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: a multilevel study in 33 countries and regions. *Int J Drug Policy*. 2020;84:102854. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102854>
62. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324-e332. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9)
63. Møller SP, Pisinger VS, Christensen AI, Tolstrup JS. Socioeconomic position and alcohol-related harm in Danish adolescents. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(9):839-845. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211634>
64. Thor S, Karlsson P, Landberg J. Social inequalities in harmful drinking and alcohol-related problems among Swedish adolescents. *Alcohol Alcohol*. 2019;54(5):532-539. <https://doi.org/10.1093/alc/acz044>
65. Thern E, Ramstedt M, Svensson J. The associations between unemployment at a young age and binge drinking and alcohol-related problems. *Eur J Public Health*. 2020;30(2):368-373. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKZ218>

Recherche quantitative originale

Estimation de l'exhaustivité des demandes de remboursement des médecins dans une optique de détermination des cas de diabète : étude menée dans plusieurs provinces

Joellyn Ellison, MSP (1); Yong Jun Gao, M. Sc. (1); Kimberley Hutchings, M. Sc. (1); Sharon Bartholomew, M. Sc. S. (1); Hélène Gardiner, MSP (1); Lin Yan, Ph. D. (2); Karen A. M. Phillips, Ph. D. (3); Aakash Amatya, M. Sc. (4); Maria Greif (5); Ping Li (6); Yue Liu, M. Ing., MBA (7); Yao Nie, M. Sc. (8); Josh Squires, B. Sc. (9); J. Michael Paterson, M. Sc. (6); Rolf Puchtinger, M.A. (5); Lisa Marie Lix, Ph. D. (2)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Des recherches antérieures ont suggéré que le mode de rémunération des médecins peut avoir une influence sur l'exhaustivité des demandes de remboursement lors de l'estimation des maladies chroniques. Le but de cette étude est d'estimer l'exhaustivité des données sur la facturation des médecins dans l'optique de déterminer des cas de diabète.

Méthodologie. Nous avons utilisé les données administratives de huit provinces canadiennes pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016. Nous avons divisé la cohorte de patients en deux groupes mutuellement exclusifs en fonction du mode de rémunération de leur médecin : médecins rémunérés à l'acte pour ceux payés uniquement de cette façon et médecins non rémunérés à l'acte pour les autres. À l'aide des données sur les ordonnances de médicaments hypoglycémiants (source de nos données de référence), nous avons évalué si les cas de maladie avaient été déterminés avec la même exactitude en fonction du mode de rémunération. Nous avons ensuite corrigé les taux d'incidence du diabète afin d'optimiser l'exhaustivité des cas déterminés.

Résultats. La cohorte comprenait 86 110 patients. Dans l'ensemble, des proportions égales de patients ont reçu leurs médicaments hypoglycémiants de la part de médecins rémunérés à l'acte et de médecins non rémunérés à l'acte. Globalement, le mode de rémunération des médecins a eu peu d'effet sur le pourcentage de cas de diabète omis (14,8 % chez les médecins rémunérés à l'acte contre 12,2 % chez les médecins non rémunérés à l'acte). Toutefois, la différence de cas omis entre les médecins rémunérés à l'acte et ceux non rémunérés à l'acte était très variable d'une province à l'autre, allant de -1,0 % en Nouvelle-Écosse à 29,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador. La différence entre les taux observés d'incidence de la maladie et les taux corrigés était également variable d'une province à l'autre, allant de 22 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 4 % en Nouvelle-Écosse.

Conclusion. La différence entre le nombre de cas omis selon le mode de rémunération des médecins est variable d'une province à l'autre. Cette perte de données contribue probablement à une sous-estimation de l'incidence de la maladie. Il serait possible d'appliquer la méthode que nous avons utilisée à d'autres maladies chroniques pour lesquelles des données de traitement pharmacologique pourraient servir de données de référence.

Points saillants

- Certaines consultations médicales ont probablement été omises puisque les médecins salariés (non rémunérés à l'acte) n'émettent pas nécessairement de factures pro forma.
- Les données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) ont été comparées aux données sur les ordonnances de médicaments afin de cibler les cas de diabète omis.
- Le mode de rémunération des médecins a eu peu d'effet sur le nombre et le pourcentage de cas de diabète omis.
- Après correction des taux d'incidence du diabète pour inclure les cas omis, l'Île-du-Prince-Édouard a enregistré la plus grande différence (22 %) de pourcentage entre le taux observé et le taux corrigé, et la Nouvelle-Écosse, la plus petite (4 %).

Mots-clés : facturation des médecins, données administratives, qualité des données, données de santé, national, surveillance

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
 2. Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
 3. Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), Canada
 4. Santé Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
 5. Ministère de la Santé de la Saskatchewan, Regina (Saskatchewan), Canada
 6. ICES, Toronto (Ontario), Canada
 7. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
 8. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
 9. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, Saint-Jean-de-Terre-Neuve (Terre-Neuve-et-Labrador), Canada
- Correspondance : Joellyn Ellison, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; Tél. : 613-296-3325; Courriel : joellyn.ellison@phac-aspc.gc.ca

Introduction

Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) est un réseau de collaboration de systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ce partenariat permet la mise en commun de données de population sur les maladies chroniques au Canada dans le but de mieux comprendre le fardeau de la maladie dans l'ensemble du pays, afin d'appuyer les efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que la planification des ressources en santé. Grâce à l'accès à des données administratives sur la santé de tous les résidents admissibles à l'assurance-maladie provinciale ou territoriale à l'échelle du Canada, le SCSMC est en mesure de produire des estimations nationales de l'incidence, de la prévalence et des tendances connexes pour plus de 20 maladies chroniques¹. Les données administratives sur la santé sont largement utilisées dans la recherche sur les maladies chroniques²⁻¹¹ et la surveillance des maladies¹²⁻¹⁶.

Au Canada, les demandes de remboursement des médecins sont utilisées avant tout pour payer les médecins rémunérés à l'acte, mais ces fichiers sont également utilisés à diverses autres fins, notamment pour la surveillance des maladies. Les médecins qui 1) sont salariés, 2) reçoivent une rémunération forfaitaire par personne ou 3) sont payés selon un autre mode mixte de rémunération non à l'acte ont souvent l'obligation d'effectuer une « facturation pro forma »¹⁷. Il s'agit d'*« un processus administratif par lequel les médecins soumettent de l'information sur la prestation de services à l'aide de codes provinciaux ou territoriaux de tarif; le paiement n'est cependant pas lié directement aux services déclarés. Les données sur la facturation pro forma peuvent être utilisées pour maintenir des mesures historiques de prestation de services fondées sur les données des demandes de remboursement des médecins rémunérés à l'acte. »*^{17, p.iii.}

Bien que le pourcentage de médecins canadiens non rémunérés à l'acte ait augmenté de façon spectaculaire depuis 20 ans¹⁸, on connaît mal la qualité et l'exhaustivité des fichiers de facturation pro forma¹⁹. Pour les chercheurs et les organismes gouvernementaux qui, traditionnellement, se sont fiers à la qualité des données provenant des demandes de

remboursement des médecins afin de mener des activités de surveillance des maladies, le fait que certaines données sur des consultations cliniques ou des caractéristiques de patients soient systématiquement omises dans la facturation pro forma pourrait compromettre la valeur des estimations de ces maladies.

À l'aide des données sur les ordonnances de médicaments prises comme norme de référence pour déterminer l'incidence du diabète, une étude menée en Ontario en 2009 a conclu que les cas de diabète étaient relativement sous-représentés dans les données provenant des demandes de remboursement des médecins non rémunérés à l'acte². Une étude subséquente a porté sur l'exhaustivité des données provenant des demandes de remboursement des médecins rémunérés à l'acte et de ceux non rémunérés à l'acte au Manitoba²⁰. Les auteurs ont constaté qu'en fonction du mode de rémunération des médecins, certaines demandes de remboursement des médecins avaient été omises, contribuant à une sous-estimation de l'incidence du diabète²⁰. Toutefois, nous n'avons recensé qu'une seule étude multisite²¹ sur les effets du mode de rémunération des médecins sur l'estimation des maladies chroniques dans les données administratives sur la santé. L'objectif de notre étude était de comparer, dans plusieurs provinces canadiennes, l'exhaustivité de la mesure des cas de diabète dans les données de facturation des médecins rémunérés à l'acte et celles des médecins non rémunérés à l'acte.

Méthodologie

Plan d'étude et sources des données

L'ASPC, en collaboration avec l'ensemble des provinces et des territoires, effectue une surveillance nationale du diabète afin d'appuyer la planification et l'évaluation des politiques et des programmes connexes par l'entremise du SCSMC²². Le Groupe de travail sur la qualité des données du SCSMC a contribué à élaborer le protocole du projet et à procéder aux analyses. Nous avons entrepris une étude de cohorte multiprovinciale à l'aide de données administratives sur la santé provenant de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador (provinces dans lesquelles il est possible d'accéder à la fois aux données

sur la facturation des médecins et aux données sur les ordonnances de médicaments) couvrant la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016.

Nous avons utilisé cinq sources de données administratives. Comme première source, nous avons utilisé les demandes de remboursement des médecins soumises pour les services médicaux prodigués. Ces données contiennent notamment le numéro d'identification du médecin et le code de diagnostic tiré de la Modification clinique de la Classification internationale des maladies, 9^e révision ou CIM-9-MC²³ ou d'une adaptation de cette classification. Comme deuxième source, nous avons consulté la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et MED-ÉCHO qui regroupent des données compilées lorsqu'un patient sort d'un établissement de soins de courte durée. Ces données contiennent jusqu'à 25 codes de diagnostic saisis à l'aide de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA)²⁴. Comme source pour nos données de référence sur l'incidence de la maladie, nous avons utilisé les données sur les ordonnances de médicaments, qui contiennent des renseignements sur les médicaments d'ordonnance délivrés par les pharmacies externes. Chaque fiche contient la date de délivrance, le numéro d'identification du médicament et le numéro d'identification du prescripteur. Le registre provincial d'assurance-maladie de chaque province a également été utilisé. Il contient les dates de couverture de l'assurance-maladie et des données individuelles telles que la date de naissance, le sexe et le code postal de l'adresse municipale ou postale. Enfin, nous avons utilisé le registre des fournisseurs de soins de santé de chaque province pour obtenir les caractéristiques des médecins, en particulier leur spécialité et leur mode de rémunération.

Cohorte de patients

La cohorte de patients était constituée de tous les cas de diabète recensés dans les dossiers d'ordonnances de médicaments au sein de la population d'un an et plus dans toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador, où les données n'étaient disponibles que pour les résidents de 67 ans et plus, ainsi que la Saskatchewan, où les données n'étaient disponibles que pour les résidents de 65 ans et plus²⁵. Voici les critères

d'inclusion utilisés : 1) au moins une ordonnance pour un médicament hypoglycémiant qui correspond au code A10 du Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé au cours de la période de deux ans observée dans le cadre de l'étude (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016); 2) une couverture d'assurance-maladie continue pendant la période de deux ans précédent et la période de deux ans suivant la « date de l'ordonnance initiale », c'est-à-dire la date à laquelle une prescription de médicament hypoglycémiant a été recensée pour la première fois dans les données sur les ordonnances de médicaments pendant la période de collecte des données et 3) un âge de deux ans ou plus (ou 67 ans ou plus en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador, et 65 ans ou plus en Saskatchewan) à la date de l'ordonnance initiale.

Le code A10 de la classification ATC concerne les hypoglycémiants, comme la metformine, les insulines et les médicaments similaires, mais n'inclut pas les fournitures comme les bandelettes de test glycémique. Afin de ne comptabiliser que les nouveaux cas, nous avons exclu les patients qui ont reçu une ordonnance pour un produit correspondant au code A10 de la classification ATC dans les deux ans précédent la date de l'ordonnance initiale. Nous avons associé le numéro d'identification du prescripteur figurant sur l'ordonnance initiale de médicament hypoglycémiant au numéro correspondant du registre des fournisseurs de soins afin de déterminer le mode de rémunération du médecin (rémunéré à l'acte ou non rémunéré à l'acte). Nous avons également exclu les patients lorsque le mode de rémunération du fournisseur ayant prescrit l'ordonnance initiale n'était pas précisé dans le registre ou lorsque le nom du fournisseur figurant dans le registre ne correspondait pas aux données inscrites dans les bases de données du SCSMC et des ordonnances de médicaments. Enfin, les femmes avec un code de diagnostic lié à l'obstétrique ou à une grossesse ont été exclues.

La cohorte a été divisée en deux groupes s'excluant mutuellement : 1) les personnes dont l'ordonnance initiale provenait d'un médecin rémunéré à l'acte et 2) les personnes dont l'ordonnance initiale provenait d'un médecin non rémunéré à l'acte. Nous avons considéré qu'un médecin rémunéré à l'acte est un médecin

exclusivement rémunéré à l'acte, tandis qu'un médecin non rémunéré à l'acte est un médecin qui n'est pas systématiquement rémunéré à l'acte.

Dénominateur

Le dénominateur, pour les taux d'incidence, comprenait toutes les personnes atteintes ou non de diabète et couvertes en continu par l'assurance-maladie pendant les périodes de deux ans précédent et suivant la date de l'ordonnance initiale, âgées de 2 ans ou plus (ou de 67 ans et plus pour l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador, ou 65 ans et plus pour la Saskatchewan) à la date de l'ordonnance initiale. Le dénominateur pour les taux d'incidence du diabète a été adapté à l'objectif de cette étude. Par conséquent, ces taux ne sont pas comparables à ceux des autres publications du SCSMC.

Mesure des résultats

En utilisant la cohorte de patients, nous avons déterminé si chaque personne répondait à la définition d'un cas de diabète utilisée par le SCSMC²⁶⁻²⁸. Un cas a été défini comme une personne ayant été hospitalisée ou au nom de laquelle deux factures de médecin ont été émises au cours des deux années, dans chacun des cas avec un code 250 de la CIM-9-MC²³ ou de la CIM-9²⁹, ou un code E10, E11, E13 ou E14^{27,28} de la CIM-10-CA²⁴ (cas de diabète de types 1 et 2 confondus). La sensibilité était de 86 %, la spécificité, de 97 % et la valeur prédictive positive (VPP), de 80 %²⁸. Nous avons défini la date de diagnostic du cas comme étant soit la date de sortie de l'hôpital, soit la date de la seconde facture du médecin répondant à nos critères, selon celle qui apparaissait en premier.

Nous avons évalué la concordance entre la définition de cas associée aux données administratives et le fichier de l'ordonnance de médicament utilisé comme donnée de référence pour les patients dont la date de diagnostic du cas figurait dans les deux années précédent ou suivant la date de l'ordonnance initiale. Pour éviter les cas potentiels de diabète gestationnel, nous avons exclu toutes les femmes de 10 à 54 ans si la date du diagnostic répondant aux critères de l'étude se situait dans les 120 jours précédent ou dans les 180 jours suivant un fichier d'hôpital contenant un code de diagnostic lié à l'obstétrique ou à la grossesse, soit

641-676, V27 de la CIM-9²⁹; 641-679, V27 de la CIM-9-MC²³ ou O10-16, O21-95, O98, O99, Z37 de la CIM-10³⁰ et de la CIM-10-CA²⁴.

Analyse statistique

Nous avons caractérisé la cohorte de patients en fonction du groupe d'âge (1 à 19, 20 à 64, 65 ans et plus) et du sexe. Quant aux médecins prescripteurs, nous les avons classés en fonction de leur sexe, de leur groupe d'âge (moins de 35 ans, 35 à 60 ans, 61 ans et plus) et de leur spécialité (médecine familiale ou autres spécialités). Toutes les caractéristiques des médecins ont été relevées à la date de l'ordonnance initiale. Nous avons décrit la cohorte de patients et les médecins prescripteurs à l'aide de fréquences et de pourcentages. Un test du χ^2 a été utilisé pour déterminer la différence entre les caractéristiques des groupes de médecins rémunérés à l'acte et ceux non rémunérés à l'acte. Toutes les analyses ont été effectuées pour chaque province et pour l'ensemble.

Nous avons calculé le pourcentage de personnes identifiées dans les données sur les ordonnances de médicaments qui ne correspondaient pas à la définition d'un cas de diabète dans le SCSMC et ces cas ont été classés comme des cas omis. Cette évaluation a été effectuée par province et dans l'ensemble, ainsi que pour chacun des sous-groupes par âge.

Nous avons estimé le taux d'incidence brut du diabète en divisant le nombre de cas répertoriés à l'aide de la définition de cas du SCSMC (parmi la cohorte de patients) par le dénominateur (personnes bénéficiant d'une couverture continue d'assurance-maladie), multiplié par 100 pour chaque province. Ces taux ont été déterminés pour les personnes de 2 ans et plus (67 ans et plus pour l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador, et 65 ans et plus pour la Saskatchewan) pour la population de chaque province durant la période d'observation (1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016) à l'aide de la définition de cas du SCSMC. Nous avons corrigé les taux d'incidence en fonction du nombre de cas associés à un médecin rémunéré à l'acte ou à un médecin non rémunéré à l'acte trouvés en ajoutant les cas omis (d'abord, seulement les cas omis de médecins rémunérés à l'acte, puis seulement ceux de médecins non rémunérés à l'acte et enfin à la fois les cas omis de médecins rémunérés à l'acte et non rémunérés à l'acte au numérateur). Nous avons utilisé des taux

bruts pour estimer l'exhaustivité des factures des médecins dans une optique d'évaluation des cas de diabète parce qu'ils fournissent de l'information sur l'ampleur totale de l'effet des données manquantes dans une province.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide des versions 9,3 ou 9,4 de SAS³¹. Le code de SAS a été élaboré par l'équipe des opérations du SCSMC de l'ASPC, mis à l'essai par l'équipe de l'Île-du-Prince-Édouard et, une fois finalisé, distribué à tous les centres de données participants.

Les équipes provinciales ont ensuite modifié le code en fonction de leur contexte, ont généré les ensembles de données de sortie prévus et les ont soumis à l'ASPC, qui a ensuite rassemblé les résultats de toutes les provinces. Nous avons supprimé tous les dénominations et les statistiques connexes supérieures à 0 et inférieures à 5 afin d'éviter la divulgation par recouplement et de fournir des estimations plus fiables. De plus, pour calculer les taux, tous les dénominations ont été arrondis au hasard en utilisant une base de 10, ce qui fait que la somme des valeurs des cellules peut ne pas correspondre aux totaux.

Résultats

La cohorte comprenait 86 110 patients (43 770 patients d'un médecin rémunérés à l'acte et 42 350 patients d'un médecin non rémunéré à l'acte; 43 650 hommes et 42 070 femmes) et 17 665 médecins (6 054 médecins rémunérés à l'acte et 11 611 médecins non rémunérés à l'acte; 10 412 hommes et 7 250 femmes). La taille des cohortes provinciales de patients allait de 1 460 à l'Île-du-Prince-Édouard à 31 620 en Ontario (tableau 1). Environ la moitié (50,8 %) des patients avaient reçu leur ordonnance initiale d'un médecin rémunéré à l'acte. En moyenne, chaque médecin rémunéré à l'acte avait prescrit un médicament à 7,2 patients et chaque médecin non rémunéré à l'acte, à 3,6 patients (données non présentées).

La majorité des patients étaient âgés de 65 ans et plus, ce que nous avions anticipé étant donné la composition des cohortes de patients de la Saskatchewan, de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador. Le plus grand ensemble de patients dont le médecin était rémunéré à l'acte (26 310)

relève du groupe d'âge des 20 à 64 ans, alors que le plus grand ensemble de patients dont le médecin n'était pas rémunéré à l'acte (34 600) relève du groupe d'âge des 65 ans et plus (tableau 1). Il n'y a presque aucune différence dans la répartition par sexe entre les patients dont le médecin était rémunéré à l'acte et ceux dont le médecin n'était pas rémunéré à l'acte. Toutefois, le type de mode de rémunération s'est avéré statistiquement très différent dans au moins un groupe d'âge de médecins ($\chi^2 = 123,546$; $p < 0,001$; $ddl = 2$; données non présentées).

D'après notre définition de la rémunération à l'acte (rémunérés à l'acte en tout temps), le Manitoba compte le pourcentage le plus élevé de médecins rémunérés à l'acte (77,1 %), et l'Ontario, le plus faible (5,7 %) (figure 1). La Colombie-Britannique compte le pourcentage le plus élevé (83,6 %) de médecins de famille classés comme médecins rémunérés à l'acte, tandis que l'Ontario en compte le plus faible (0,2 %). En ce qui concerne les médecins spécialistes non rémunérés à l'acte, le pourcentage le plus élevé a été observé en Nouvelle-Écosse (56,7 %) et le plus faible, au Manitoba (2,6 %) (figure 2).

Nous avons considéré comme cas omis les cas de diabète relevés dans les données sur les ordonnances de médicaments qui ne correspondaient pas à la définition administrative de cas de diabète du SCSMC. Dans l'ensemble, 13,5 % de ces cas diagnostiqués ont été omis. L'Île-du-Prince-Édouard enregistre le taux le plus élevé de cas omis (17,6 %) et la Nouvelle-Écosse, le taux le plus faible (4,8 %). Les données du Québec ne sont pas présentées, car les données en fonction du mode de rémunération des médecins n'étaient pas disponibles, mais nous avons toutefois relevé 19,3 % de cas omis au Québec. Les pourcentages globaux de cas omis en fonction des médecins rémunérés à l'acte et des médecins non rémunérés à l'acte sont respectivement de 14,8 % et de 12,2 %. Toutefois, nous avons noté une grande variation de la différence entre ces pourcentages selon les provinces, de -1,0 % en Nouvelle-Écosse à 29,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Dans la plupart des provinces, le pourcentage de cas omis est plus élevé pour les médecins non rémunérés à l'acte que pour ceux rémunérés à l'acte, à l'exception de l'Ontario³² et de

l'Île-du-Prince-Édouard. L'Île-du-Prince-Édouard enregistre le pourcentage le plus élevé de cas omis (26,7 %) chez les médecins rémunérés à l'acte, tandis que la Nouvelle-Écosse enregistre le pourcentage le plus faible (3,8 %). Chez les médecins non rémunérés à l'acte, c'est Terre-Neuve-et-Labrador qui enregistre le pourcentage le plus élevé de cas omis (36,8 %), tandis que la Nouvelle-Écosse enregistre le pourcentage le plus faible (4,8 %) (figure 3).

Pour les patients de 1 à 19 ans ayant un médecin prescripteur rémunéré à l'acte, 50 % des cas ont été omis à l'Île-du-Prince-Édouard. Le Manitoba enregistre le taux le plus bas (15,2 %) pour ce type de médecin et ce groupe d'âge. L'Île-du-Prince-Édouard enregistre le pourcentage le plus élevé (22,2 %) de cas omis dans le groupe de 20 à 64 ans, tandis que la Nouvelle-Écosse enregistre le pourcentage le plus faible (5,9 %). Pour les 65 ans et plus, l'Île-du-Prince-Édouard compte le pourcentage le plus élevé (20,0 %) de cas omis, tandis que la Nouvelle-Écosse compte le plus faible (2,8 %).

Pour les patients âgés de 1 à 19 ans ayant un médecin prescripteur non rémunéré à l'acte, la Colombie-Britannique enregistre le pourcentage le plus élevé (53,3 %) de cas omis et la Nouvelle-Écosse, le plus faible (3,2 %). La Colombie-Britannique enregistre le pourcentage le plus élevé (23,1 %) de cas omis chez les 20 à 64 ans ayant un médecin prescripteur non rémunéré à l'acte, tandis que la Nouvelle-Écosse enregistre le pourcentage le plus faible (7,4 %). Pour les 65 ans ou plus ayant un médecin prescripteur non rémunéré à l'acte, Terre-Neuve-et-Labrador comporte le pourcentage le plus élevé (36,8 %) de cas omis, tandis que la Nouvelle-Écosse comporte le plus faible (4,2 %) (figure 4).

La figure 5 présente les taux d'incidence du diabète* corrigés pour tenir compte des cas omis associés à chaque mode de rémunération (rémunération à l'acte ou non) chez les patients d'un an et plus (72 % du dénominateur), à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador, où des données ont été déclarées pour les résidents de 67 ans et plus, et la Saskatchewan, où des données ont été déclarées pour les résidents de 65 ans et plus. L'Ontario et la Saskatchewan enregistrent les taux

* Les méthodes ont été adaptées en fonction de l'objectif de cette étude. Par conséquent, ces taux ne doivent pas être comparés avec ceux des autres publications du SCSMC.

TABLEAU 1

Répartition des patients (effectifs et pourcentages) selon le mode de rémunération des médecins (rémunérés à l'acte ou non rémunérés à l'acte)^a, le groupe d'âge et la province, pour les exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016

Province	1 à 19 ans				20 à 64 ans				65 ans et plus ^b				Total (1 an et plus)			Total (RA + NRA)	Total (%)	
	RA	NRA	RA + NRA	%	RA	NRA	RA + NRA	%	RA	NRA	RA + NRA	%	RA	%	NRA	%		
Colombie-Britannique	260	310	580	2,2	16 090	2 980	19 060	71,3	6 040	1 070	7 110	26,6	22 380	83,7	4 360	16,3	26 750	100,0
Saskatchewan ^b	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2 090	780	2 880	100,0	2 100	72,9	780	27,1	2 880	100,0
Manitoba	330	40	360	2,3	9 110	2 630	11 740	75,6	2 860	580	3 440	22,2	12 290	79,1	3 240	20,9	15 530	100,1
Ontario ^b	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1 600	30 010	31 620	100,0	1 600	5,1	30 010	94,9	31 620	100,0
Île-du-Prince-Édouard	—	20	20	2,1	100	910	1 010	69,2	60	380	420	28,8	160	10,5	1 310	89,5	1 460	100,1
Nouvelle-Écosse	20	40	50	0,9	1 020	820	1 840	33,6	2 180	1 420	3 600	65,7	3 210	58,5	2 280	41,5	5 480	100,2
Terre-Neuve-et-Labrador ^b	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	—	0	S.O.	S.O.	2 020	380	2 400	100,0	2 020	84,3	380	15,7	2 400	100,0
Total	610	420	1 020	S.O.	26 310	7 330	33 650	S.O.	16 850	34 600	51 450	S.O.	43 770	50,8	42 350	49,2	86 110	S.O.

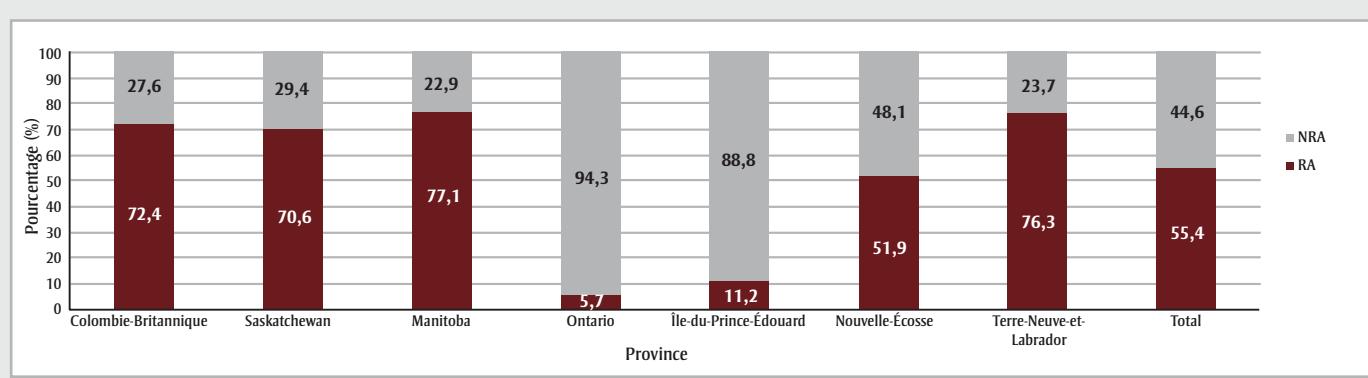
Abréviations : NRA, médecins non rémunérés à l'acte; RA, médecins rémunérés à l'acte.

Remarques : S.O. signifie que ces valeurs n'ont pu être calculées car les données n'étaient pas disponibles. «—» correspond à des valeurs supérieures à 0 mais inférieures à 5 que nous avons supprimées et qui ne sont pas incluses dans les totaux. Les pourcentages ont été calculés à partir de valeurs non arrondies. Les valeurs ont été arrondies de façon aléatoire à un multiple de 10.

^a Dans cette étude, les médecins rémunérés à l'acte sont des médecins qui sont en tout temps rémunérés à l'acte, tandis que les médecins non rémunérés à l'acte sont payés d'autres manières (ne sont pas rémunérés à l'acte 100 % du temps).

^b Pour l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador, les données n'étaient disponibles que pour les personnes de 67 ans et plus; et pour la Saskatchewan, que pour les personnes 65 ans et plus.

FIGURE 1
Proportion de médecins selon le mode de rémunération (rémunérés à l'acte ou non rémunérés à l'acte)^a, par province,
pour les exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016



Abréviations : NRA, médecins non rémunérés à l'acte; RA, médecins rémunérés à l'acte.

^a Dans cette étude, les médecins rémunérés à l'acte sont des médecins qui sont en tout temps rémunérés à l'acte. Tandis que les médecins non rémunérés à l'acte sont également payés d'autres manières (ne sont pas rémunérés à l'acte 100 % du temps).

d'incidence corrigés les plus élevés (1,5 % chacun), par rapport à leur taux avant correction de 1,4 %. Terre-Neuve-et-Labrador comporte le taux d'incidence corrigé le plus faible (0,43 %, par rapport au taux avant correction de 0,38 %). La plus grande différence de pourcentage entre le taux avant correction et le taux corrigé revient à l'Île-du-Prince-Édouard (22,5 %) et la plus petite, à la Nouvelle-Écosse (4,7 %).

Analyse

Le but de cette étude était d'estimer l'exhaustivité des données sur la facturation des médecins dans une optique de détermination des cas de diabète. Dans l'ensemble, 13,5 % des cas ont été omis. Nous avons déterminé que le pourcentage global de cas omis chez les médecins rémunérés à l'acte était généralement semblable à celui chez les médecins non rémunérés à l'acte (respectivement 14,8 % contre 12,2 %). Toutefois, nous avons relevé des variations dans cette différence de taux entre les provinces. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, les taux de cas omis sont très semblables (respectivement 3,8 % et 4,8 %) entre les médecins rémunérés à l'acte et ceux non rémunérés à l'acte, alors que ces taux sont très différents (respectivement 6,9 % et 36,8 %) à Terre-Neuve-et-Labrador, où les médecins ne pratiquent pas la facturation pro forma³³.

Nous nous attendions à relever des cas omis chez les médecins rémunérés à l'acte : il se peut que certaines factures de médecins n'aient pas été consignées dans les bases de données regroupant les données de facturation des médecins, sans

doute en raison d'erreurs administratives ou de factures non soumises. Comparativement aux médecins non rémunérés à l'acte, ceux qui sont rémunérés à l'acte ont probablement vu davantage de patients atteints d'autres problèmes de santé qui n'ont pas été consignés dans la facturation par manque d'espace³². Un biais d'erreur de classification pourrait être à l'origine de certaines des discordances observées entre les données sur les ordonnances de médicaments hypoglycémiants et les diagnostics inscrits dans les factures des médecins, car certains médecins rémunérés à l'acte sont peut-être parfois non rémunérés à l'acte pour certains services ou sont peut-être passés d'un mode de rémunération à l'autre. Les modes mixtes de rémunération et les modifications apportées à la rémunération ne sont pas toujours intégrés aux registres provinciaux sur les fournisseurs et ils sont variables d'une province à l'autre. L'hétérogénéité de la consignation du mode de rémunération et des factures pro forma entre les provinces avait été mise en lumière dans un article publié antérieurement¹⁹.

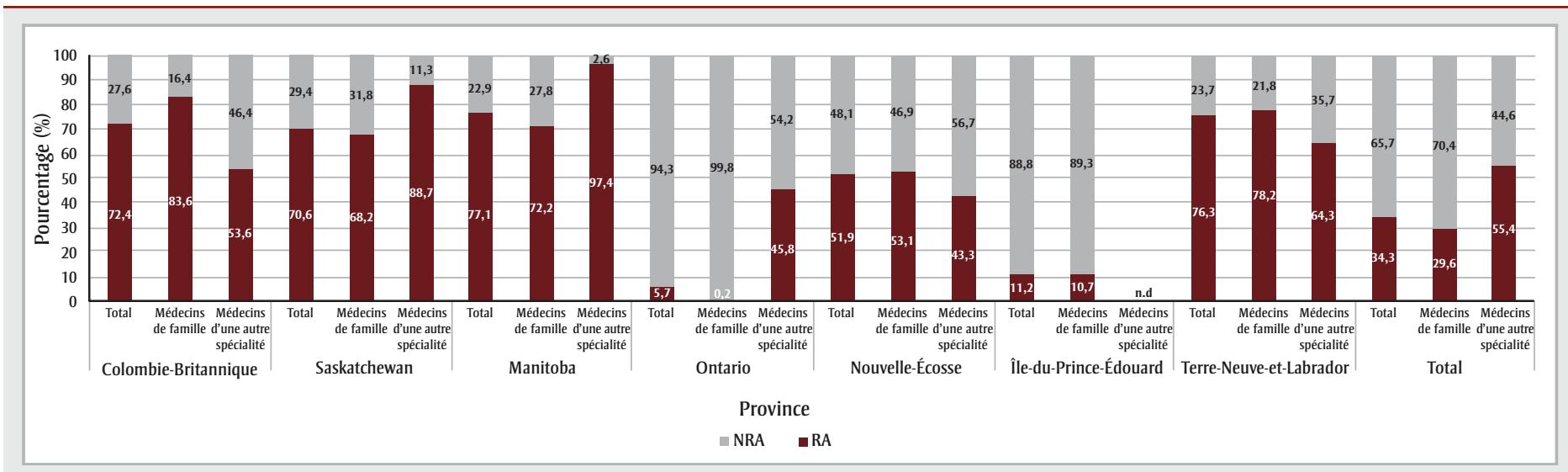
Le pourcentage de cas omis s'est révélé plus élevé chez les médecins des groupes d'âge plus jeunes que chez ceux des groupes d'âge plus âgés, tant chez les médecins rémunérés à l'acte que ceux non rémunérés à l'acte, ce qui laisse penser que la sensibilité à l'évaluation diffère selon l'âge des médecins. Enfin, les médecins ayant prescrit le traitement hypoglycémiant initial ne sont peut-être pas les médecins traitants, ou le traitement peut avoir été interrompu ou encore entamé pour des raisons autres que le diabète.

Notre étude a révélé des similitudes et des différences avec une étude menée au Manitoba²⁰ dans laquelle Lix et ses collaborateurs ont signalé qu'un plus faible pourcentage de cas relevant de médecins rémunérés à l'acte (14,9 %) ne comportaient pas de diagnostic de diabète que de cas relevant de médecins non rémunérés à l'acte (18,7 %). Dans notre étude, le pourcentage de cas omis chez les médecins rémunérés à l'acte et non rémunérés à l'acte était davantage semblable dans l'ensemble (respectivement 14,8 % et 12,2 %), bien que nous ayons nous aussi relevé un pourcentage relativement plus faible chez les médecins rémunérés à l'acte au Manitoba (16,1 %, contre 19,7 % chez les médecins non rémunérés à l'acte). L'étude du Manitoba a également relevé un pourcentage plus élevé de diagnostics omis dans le plus jeune groupe d'âge de patients. Nous avons constaté qu'un plus grand pourcentage des patients traités par un médecin rémunéré à l'acte étaient plus jeunes, tandis qu'un plus grand pourcentage des patients traités par un médecin non rémunéré à l'acte étaient plus âgés. Dans l'étude précédente menée au Manitoba²⁰, la différence de pourcentage entre les taux d'incidence du diabète avant correction et les taux corrigés afin de tenir compte des cas omis (relevant de médecins rémunérés à l'acte et non rémunérés à l'acte) était de 15,8 %, alors que dans notre étude, cette différence est de l'ordre de 20,2 % pour le Manitoba.

Il se peut que l'incidence de la maladie soit sous-estimée si on utilise les données administratives (c.-à-d. les résumés de congé d'hôpital et les demandes de

FIGURE 2

Proportion de médecins selon le mode de rémunération (rémunérés à l'acte ou non rémunérés à l'acte)^a, le type de médecin (médecins de famille ou médecins d'une autre spécialité)^b et la province, pour les exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016



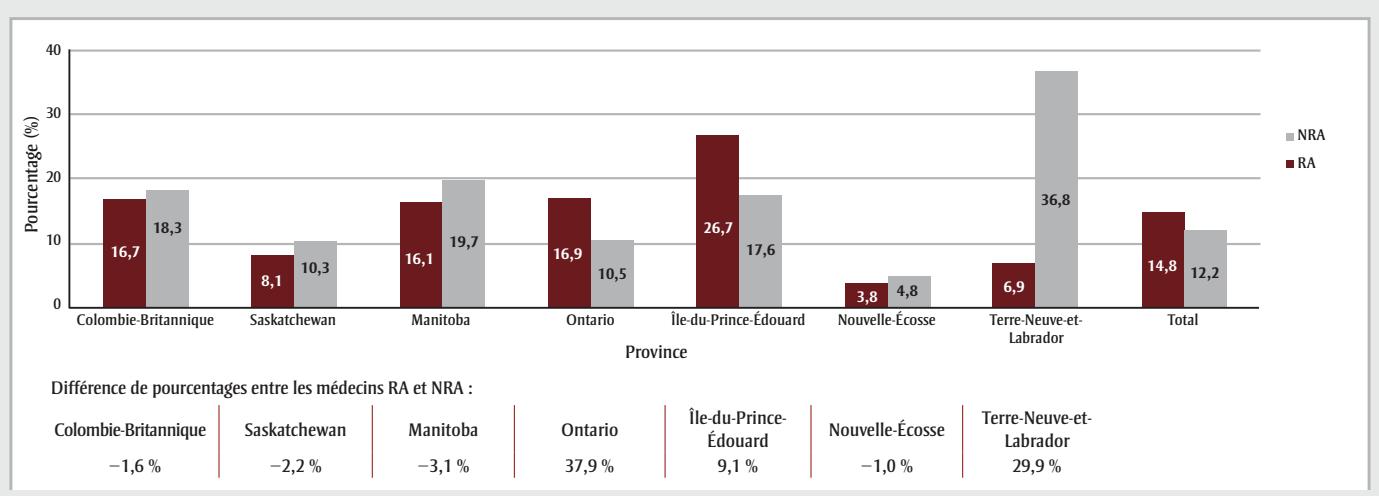
Abréviations : NRA, médecins non rémunérés à l'acte; RA, médecins rémunérés à l'acte.

Remarque : En Ontario, de nombreux médecins de famille qui fournissent des soins complets du type de ceux à administrer pour traiter des maladies chroniques comme le diabète ne sont plus uniquement rémunérés à l'acte³².

^a Dans cette étude, les médecins rémunérés à l'acte (RA) sont des médecins qui sont en tout temps rémunérés à l'acte, tandis que les médecins non rémunérés à l'acte (NRA) sont également payés d'autres manières (ne sont pas rémunérés à l'acte 100 % du temps).

^b Les types de médecins sont les médecins de famille, les médecins d'une autre spécialité et les médecins qui pratiquent à la fois la médecine familiale et une autre spécialité.

FIGURE 3
Proportion de cas omis selon le mode de rémunération du fournisseur (rémunéré à l'acte ou non rémunéré à l'acte)^a, par province, pour les exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016



Abréviations : NRA, médecins non rémunérés à l'acte; RA, médecins rémunérés à l'acte.

Remarques : Les pourcentages ont été calculés à partir de valeurs non arrondies. Les valeurs ont été arrondies de façon aléatoire à un multiple de 10.

^a Dans cette étude, les médecins rémunérés à l'acte (RA) sont des médecins qui sont en tout temps rémunérés à l'acte, tandis que les médecins non rémunérés à l'acte (NRA) sont également payés d'autres manières (ne sont pas rémunérés à l'acte 100 % du temps).

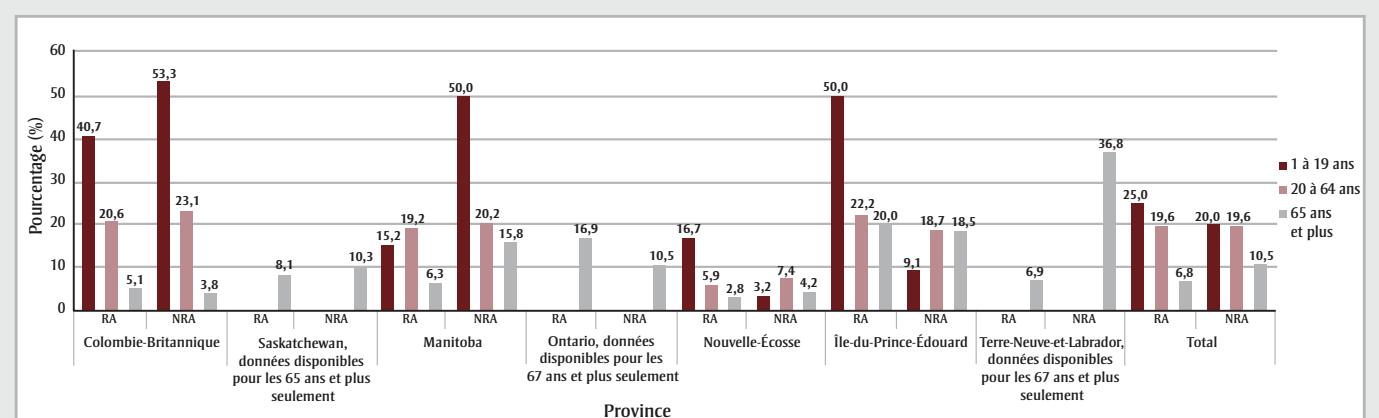
remboursement de médecins) en raison de pratiques et de politiques de facturation différentes. Par exemple, si une province comporte un grand nombre de cas omis relevant de médecins non rémunérés à l'acte, cela signifie peut-être que la facturation pro forma n'y est pas pratiquée. Par conséquent, il pourrait s'avérer judicieux de surveiller les cas omis par mode de rémunération au fil du temps afin de déterminer si des ajustements sont nécessaires ou s'il y a lieu d'émettre des

consignes sur la qualité des données à déclarer.

Il est également essentiel de réfléchir à des stratégies permettant d'ajuster les estimations de prévalence et d'incidence dans la perspective d'une possible sous-estimation. L'une des stratégies à envisager serait d'utiliser les données sur les ordonnances de médicaments pour estimer dans quelle mesure les cas sont sous-estimés lorsqu'on utilise les données de facturation

des médecins à des fins de surveillance de la maladie – bien que cette seule source de données puisse ne pas être suffisante⁵. Par exemple, lorsque nous avons utilisé les données sur les ordonnances de médicaments en fonction de la définition de cas du SCSMC, nous avons obtenu un taux brut d'incidence de 0,9 % du diabète dans la population du Manitoba âgée de 1 an et plus au cours de la période étudiée (figure 5). Or, lorsque nous avons utilisé les cas relevés dans les données sur les

FIGURE 4
Proportion de cas omis selon le mode de rémunération du fournisseur (rémunéré à l'acte ou non rémunérés à l'acte)^a, le groupe d'âge des patients et la province, pour les exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016



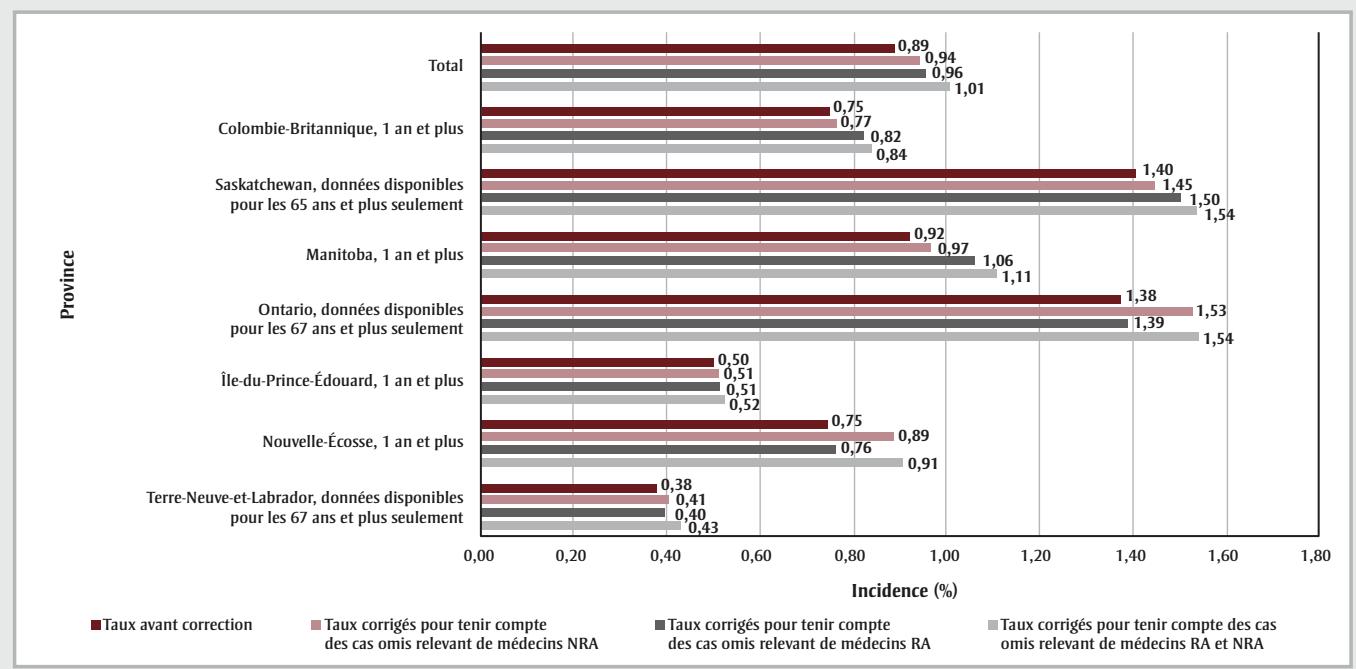
Abréviations : NRA, médecins non rémunérés à l'acte; RA, médecins rémunérés à l'acte.

Remarques : Données manquantes : valeurs non disponibles, donc statistiques impossibles à calculer. Les pourcentages ont été calculés à partir de valeurs non arrondies. Les valeurs ont été arrondies de façon aléatoire à un multiple de 10.

^a Dans cette étude, les médecins rémunérés à l'acte (RA) sont des médecins qui sont en tout temps rémunérés à l'acte, tandis que les médecins non rémunérés à l'acte (NRA) sont également payés d'autres manières (ne sont pas rémunérés à l'acte 100 % du temps).

FIGURE 5

Taux d'incidence bruts de diabète avant correction et corrigés^a (%) pour tenir compte des cas omis, selon le mode de rémunération (médecins rémunérés à l'acte ou non rémunérés à l'acte)^b et la province, pour les exercices financiers 2014 2015 et 2015-2016



Abréviations : NRA, médecins non rémunérés à l'acte; RA, médecins rémunérés à l'acte.

Remarques : Les pourcentages ont été calculés à partir de valeurs non arrondies. Les valeurs ont été arrondies de façon aléatoire à un multiple de 10. Les méthodes ont été adaptées en fonction de l'objectif de cette étude. Par conséquent, ces taux ne doivent pas être comparés avec ceux des autres publications du SCSMC.

^a Le SCSMC n'est actuellement pas en mesure de faire la distinction exacte entre les tendances des cas de diabète de type 1 et de ceux de diabète de type 2.

^b Dans cette étude, les médecins rémunérés à l'acte sont des médecins qui sont en tout temps rémunérés à l'acte, tandis que les médecins non rémunérés à l'acte sont également payés d'autres manières (ne sont pas rémunérés à l'acte 100 % du temps).

ordonnances de médicaments pour corriger le taux d'incidence en raison de la sous-estimation, celui-ci est passé à 1,1 %. Une autre stratégie possible serait de recourir à d'autres données sur la population, comme les dossiers médicaux électroniques, qui sont de plus en plus utilisés dans les études de recherche et de surveillance sur les maladies chroniques fondées sur la population, afin de corriger les données compte tenu de la sous-estimation³⁴.

Points forts et limites

Notre étude comporte plusieurs points forts. D'abord, comme elle a été réalisée à partir de données provenant de plusieurs provinces, ses résultats sont davantage généralisables que ceux des études antérieures menées dans une seule province. De plus, elle repose sur des données du SCSMC, qui utilise une définition de cas normalisée et validée pour le diabète. En outre, sa méthodologie serait applicable à d'autres affections dont les données associées aux ordonnances de médicaments

sont assez sensibles et spécifiques pour être utilisées pour déterminer des cas.

En contrepartie, cette étude présente aussi certaines limites. Premièrement, nous avons probablement surestimé les cas omis puisque les femmes en âge de procréer atteintes de diabète gestationnel n'ont pas été exclues des bases de données sur les ordonnances de médicaments de la Colombie-Britannique, du Manitoba, du Québec, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse (72 % du dénominateur). Toutefois, cette surestimation est probablement minime, compte tenu du taux de diabète gestationnel³⁵ et du fait qu'une proportion importante de la cohorte était composée d'hommes ou de personnes de 65 ans et plus.

Deuxièmement, nous avons classé les médecins en médecins rémunérés à l'acte et médecins non rémunérés à l'acte, alors que de nombreux médecins sont maintenant payés selon un mode mixte de rémunération ou bien que plusieurs ont pu passer d'un mode de rémunération à l'autre au cours de la période étudiée.

Cependant, comme nous avons utilisé les données sur les médicaments hypoglycémiants d'ordonnance de seulement deux années financières, la possibilité que des médecins soient passés d'un mode de rémunération à l'autre pendant cette période demeure minime.

Troisièmement, les résultats pourraient être sensibles aux définitions utilisées pour déterminer les cas omis et non omis. Nous avons étudié les périodes de deux ans précédent et suivant la date de l'ordonnance initiale. Ces périodes ont été choisies pour correspondre à la période d'observation requise par la définition de cas de diabète du SCSMC. Dans le cadre de recherches antérieures, lorsque les données sur les ordonnances de médicaments ont été ajoutées à la définition de cas de diabète dans la population adulte du SCSMC, la sensibilité a été de 90,7 %, la spécificité, de 97,5 % et la valeur prédictive positive, de 81,5 %⁵, contre respectivement 89,3 %, 97,6 % et 81,9 %⁵ sans l'ajout de ces données d'ordonnance. D'autres recherches ont montré que 5,6 % des cas de diabète avaient été omis

lorsque les données sur les ordonnances de médicaments n'étaient pas prises en compte³⁶. En outre, Tu et ses collaborateurs ont constaté que lorsque l'on combine les données sur les ordonnances de médicaments hypoglycémiants aux résultats d'épreuves de laboratoire, il est possible de cibler les patients atteints de diabète à partir des dossiers médicaux électroniques avec une précision similaire aux résultats obtenus à partir de données administratives⁴. Bien qu'il soit possible que des personnes sans diabète se voient prescrire un médicament hypoglycémiant, on ignore dans quelle mesure ces faux positifs contribuent au pourcentage de cas omis.

Quatrièmement, nos résultats ne s'appliquent pas aux patients atteints de diabète dont le traitement consiste uniquement à modifier leur mode de vie, car leurs cas ne sont pas inclus dans les données sur les ordonnances de médicaments hypoglycémiants. Cinquièmement, les données sur les ordonnances de médicaments que nous avons utilisées n'étaient pas uniformément exhaustives, puisque pour l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador, nous n'avons eu accès qu'aux données des patients de 67 ans et plus, et pour la Saskatchewan, qu'aux données des patients de 65 ans et plus. Sixièmement, même s'il n'a pas été nécessaire d'utiliser des taux normalisés selon l'âge pour analyser les conséquences des données de facturation manquantes dans une province, les lecteurs devraient être prudents à l'heure de comparer les données entre les provinces.

Conclusion

Nous avons adopté une approche axée sur la population pour évaluer, dans une optique de surveillance des maladies chroniques, l'exhaustivité des données associées aux demandes de remboursement des médecins. Nous nous sommes servi des données sur les ordonnances de médicaments pour évaluer cette exhaustivité : pour la détermination des cas de diabète, cette source est reconnue comme suffisamment sensible⁵. Notre étude a révélé que lorsqu'on utilise les données sur les ordonnances de médicaments pour évaluer l'exhaustivité des cas recensés dans le SCSMC, on constate une perte de données. Dans l'ensemble, le pourcentage de cas omis était comparable selon les modes de rémunération des médecins. Cependant, nous avons observé une grande variation entre les provinces. Dans

les situations où des cas ont été omis, la perte de données a probablement contribué à une sous-estimation de l'incidence de la maladie. La méthodologie que nous avons utilisée est applicable au fil du temps et à d'autres provinces et territoires pour compenser l'effet des différences systématiques dans les pratiques de facturation pro forma et elle est également applicable à d'autres maladies chroniques pour lesquelles les données de pharmacothérapie sont susceptibles de servir de données de référence.

Remerciements

Ces données ont pu être générées grâce à la collaboration entre l'ASPC et les gouvernements provinciaux et territoriaux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve-et-Labrador, des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut. Certaines sections de cet article sont fondées en partie sur l'information ou les données compilées et fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Lisa Marie Lix est titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les méthodes d'amélioration de la qualité des données électroniques sur la santé (niveau 1). Les auteurs reconnaissent les contributions de Cynthia Robitaille, de Songul Bozat-Emre et de Prajakta Awati. À la mémoire de Phillip Gamache.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs

JE : conception, analyse formelle, méthodologie, administration du projet, validation, réalisation des illustrations, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. YJG : Analyse formelle, méthodologie, validation. KH : conception, méthodologie, administration du projet, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. SB : conception, méthodologie, administration du projet, validation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. HG : réalisation des illustrations, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. LY :

analyse formelle, méthodologie. KAMP, AA, MG, PL, YL, YN, JS, RP : organisation des données, méthodologie, validation, réalisation des illustrations, relectures et révisions. LML : conception, méthodologie, supervision, réalisation des illustrations, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. JMP : méthodologie, réalisation des illustrations, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

Avis

Les analyses, conclusions, opinions et déclarations qui sont formulées dans cet article sont celles des auteurs et ne reflètent pas celles des organisations ayant fourni des données ou contribué au financement de l'étude; par conséquent, elles ne sont nullement le reflet de la position de l'ASPC, de l'ICIS, des gouvernements provinciaux et territoriaux ou du gouvernement du Canada.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques – Un aperçu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [mise à jour 2020, consultation août 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-fiche-information.html>
2. Alshammari AM, Hux JE. The impact of non-fee-for-service reimbursement on chronic disease surveillance using administrative data. Can J Public Health. 2009;100(6):472-474. <https://doi.org/10.1007/BF03404347>
3. Wranik DW, Durier-Copp M. Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned. Health Care Anal. 2010;18(1):35-59. <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0105-9>
4. Tu K, Manuel D, Lam K, Kavanagh D, Mitiku TF, Guo H. Diabetics can be identified in an electronic medical record using laboratory tests and prescriptions. J Clin Epidemiol. 2011; 64(4):431-435. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.007>

5. Lipscombe LL, Hwee J, Webster L, Shah BR, Booth GL, Tu K. Identifying diabetes cases from administrative data: a population-based validation study. *BMC Health Serv. Res.* 2018; 18(1):316. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3148-0>
6. Nakhla M, Simard M, Dube M, et al. Identifying pediatric diabetes cases from health administrative data: a population-based validation study in Quebec, Canada. *Clin Epidemiol.* 2019; 11:833-843. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S217969>
7. Kiran T, Victor JC, Kopp A, Shah BR, Glazier RH. The relationship between primary care models and processes of diabetes care in Ontario. *Can J Diabetes.* 2014;38(3):172-178. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2014.01.015>
8. Shiff NJ, Jama S, Boden C, Lix LM. Validation of administrative health data for the pediatric population: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:236. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-236>
9. Leong A, Dasgupta K, Bernatsky S, Lacaille D, Avina-Zubieta A, Rahme E. Systematic review and meta-analysis of validation studies on a diabetes case definition from health administrative records. *PLOS ONE.* 2013; 8(10):e75256. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075256>
10. Lix LM, Yogendran MS, Leslie WD, et al. Using multiple data features improved the validity of osteoporosis case ascertainment from administrative databases. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(12):1250-1260. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.02.002>
11. Simard M, Dubé M, Gaulin M, Trépanier P-L, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017 [Internet]. Québec (Québec): INSPQ; 2019 [consultation en juillet 2020]. En ligne à : <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3993949>
12. BC Centre for Disease Control. Chronic disease dashboard [Internet]. Victoria (BC): BC Centre for Disease Control; [mise à jour en 2020, consultation en juillet 2020]. En ligne à : <http://www.bccdc.ca/health-professionals/data-reports/chronic-disease-dashboard>
13. Manitoba Health, Provincial Information Management and Analytics. Annual statistics: 2020-2021. Winnipeg (MB): Manitoba Health; [2020]. En ligne à : <https://www.gov.mb.ca/health/annstats/as2021.pdf>
14. Government of Prince Edward Island. Health for all Islanders: promote, prevent, protect—PEI CPHO report 2016. Charlottetown (PE): Government of Prince Edward Island; 2016. En ligne à : https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/cphorpt16_linkd.pdf
15. Saskatchewan Ministry of Health. Stroke surveillance in Saskatchewan 2014/2015. Regina (SK): Saskatchewan Ministry of Health; 2019. En ligne à : <https://publications.saskatchewan.ca/api/v1/products/103315/formats/114576/download>
16. Diabetes Care Program of Nova Scotia, Nova Scotia Health Authority. Nova Scotia diabetes statistics report 2016. Halifax (NS): Diabetes Care Program of Nova Scotia; 2016. En ligne à : <https://www.cdha.nshealth.ca/diabetes-care-program-nova-scotia/ns-diabetes-statistics>
17. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'état des programmes des autres modes de paiement des médecins au Canada, 2003-2004 et l'information préliminaire pour 2004-2005. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2006. En ligne à : <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H115-13-2004F.pdf>
18. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les médecins au Canada, 2019. [version imprimée] Ottawa (Ont.) : ICIS; 2020. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/physicians-in-canada-report-fr.pdf>
19. Lix LM, Walker R, Quan H, et al. Caractéristiques des bases de données sur les services médicaux au Canada. *Maladies chroniques et blessures au Canada.* 2012;32(4):207-215.
20. Lix LM, Kuwornu JP, Kroeker K, et al. Estimation de l'exhaustivité des données de facturation des médecins pour la détermination des cas de diabète au moyen des données sur les médicaments d'ordonnance. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2016;36(3):62-69. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.02f>
21. Erler A, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Brennecke R. Garbage in - garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen [Garbage in - garbage out? Validité des codes de diagnostics à partir des demandes de remboursement des médecins de famille]. *Gesundheitswesen.* 2007;71(12):823-831. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1214399> [en allemand]
22. Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modifié le 28 août 2023; consultation le 28 août 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/Index>
23. Organisation mondiale de la santé. International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; 1977. En ligne à : <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm.htm>
24. Organisation mondiale de la santé. Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI. 2022. En ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/canadian-coding-standards-2022-fr.pdf
25. Gouvernement du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : L'ostéoporose et les fractures connexes au Canada, 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation en août 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/osteoporose-fractures-connexes-2020.html#tc2>

26. Magliano DJ, Chen L, Islam RM, et autres. Trends in the incidence of diagnosed diabetes: a multicountry analysis of aggregate data from 22 million diagnoses in high-income and middle-income settings. 2021;9(4):203-211. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(20\)30402-2](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(20)30402-2)
27. Lix LM, Ayles J, Bartholomew S, et autres. The Canadian Chronic Disease Surveillance System: a model for collaborative surveillance. *Int J Popul Data Sci.* 2018;3(3):433. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v3i3.433>
28. Hux J, Ivis F, Flintloft V, Bica A. Determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm. *Diabetes Care.* 2002;25(3):512-516. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.3.512>
29. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9^e révision. Genève (Suisse) : OMS; 1977. En ligne à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327232/9242540048-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision. Genève (Suisse) : OMS; 2009. En ligne à : <https://iris.who.int/handle/10665/44082>
31. SAS Institute, Inc. SAS/STAT 9.4 User's Guide. Cary (NC) : SAS Institute, Inc.; 2011.
32. Kiran T, Kopp A, Moineddin R, Glazier RH. Longitudinal evaluation of physician payment reform and team-based care for chronic disease management and prevention. *CMAJ.* 2015;187(17):E494-E502. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150579>
33. Squires J, Sikdar K, Stares J, Collins K. Enhancing chronic disease surveillance in Newfoundland and Labrador: adjustment of rates based on physician payment method. St. John's (NL): Centre for Health Information Newfoundland & Labrador; 2010. En ligne à : https://www.nchil.ca/images/Physician_Payment_Method_Model_June_2010.pdf
34. Desai JR, Wu P, Nichols GA, Lieu TA, O'Connor PJ. Diabetes and asthma case identification, validation, and representativeness when using electronic health data to construct registries for comparative effectiveness and epidemiologic research. *Med Care.* 2012;50:S30-S35. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318259c011>
35. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale [Outils de données, édition 2020, Infobase de la santé publique]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/isp/outil-de-donnees/?Dom=1&Ind=1&MS=1&Strat=1>
36. Koleba T, Pohar SL, Johnson JA. Prescription drug data and the National Diabetes Surveillance System case definition. *Can J Diabetes.* 2007;31(1):47-53. [https://doi.org/10.1016/S1499-2671\(07\)11010-8](https://doi.org/10.1016/S1499-2671(07)11010-8)

Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques

 Diffuser cet article sur Twitter

Rédacteurs invités : Stephanie Prince Ware, Ph. D. (Agence de la santé publique du Canada), Gavin McCormack, Ph. D. (Université de Calgary)

Rédacteurs de la revue PSPMC : Robert Geneau et Margaret de Groh (Agence de la santé publique du Canada)

L'endroit où nous travaillons, apprenons, jouons, mangeons et vivons a des répercussions importantes sur la santé. L'environnement bâti est associé au développement des maladies chroniques, et les comportements liés à la santé sont souvent considérés comme les voies critiques menant à cette relation^{1,2}. L'environnement bâti désigne tout élément de l'environnement physique créé ou modifié par l'humain et inclut les structures et les bâtiments, les installations de loisir, les espaces verts et les parcs, les infrastructures de transport et l'aménagement des collectivités.

Les expériences naturelles sont des interventions qui se produisent sans que le chercheur ne puisse interférer sur l'intervention ou l'exposition à cette intervention^{3,4}. Elles offrent la possibilité d'évaluer les effets des interventions « naturelles », comme les modifications apportées à l'environnement bâti (p. ex. la création d'une nouvelle piste cyclable, l'amélioration des parcs, la modification des infrastructures dans les écoles ou les lieux de travail, la construction d'une nouvelle installation de loisirs ou d'une nouvelle épicerie) sur les comportements liés à la santé et les risques de maladies chroniques. Les expériences naturelles s'avèrent souvent plus pratiques pour étudier les effets des interventions environnementales sur la santé par rapport aux études expérimentales classiques (p. ex. les essais contrôlés randomisés). Comparativement aux études transversales, les expériences naturelles permettent de générer des données probantes rigoureuses pour mieux établir la causalité et de comprendre la mise en œuvre des interventions dans des situations du « monde réel ».

Ce numéro spécial se veut une réponse à l'appel à l'action lancé par l'administratrice en chef de la santé publique dans son rapport annuel de 2017 en vue d'évaluer davantage les effets des caractéristiques de l'aménagement des collectivités sur la santé au Canada⁵. Il fait écho à l'intérêt grandissant des milieux universitaires et décisionnels pour l'utilité des expériences naturelles en tant qu'outil essentiel pour faire progresser l'ensemble des données probantes et pour guider les interventions visant à améliorer la santé publique et des populations^{6,7}. Plus précisément, ce numéro spécial sur les expériences naturelles a pour objectif de fournir en temps opportun des données probantes pour mieux comprendre l'efficacité des interventions touchant les environnements bâtis sur les comportements liés à la santé et la prévention des maladies chroniques dans le contexte canadien.

Les rédacteurs de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* sollicitent des articles de recherche d'actualité pertinents qui présentent de nouvelles conclusions ou qui résument ou examinent les données probantes actuelles sur des expériences naturelles touchant l'environnement bâti (ou des politiques connexes) qui influent sur les comportements en matière de santé ayant des répercussions sur la prévention des maladies chroniques au Canada.

Ces sujets pertinents peuvent comprendre ce qui suit :

- les environnements bâtis, notamment les collectivités ou les quartiers, les lieux de travail, les écoles, les infrastructures de transport, les milieux de vie, les environnements de loisirs, les parcs, les terrains de jeux, les espaces verts, les espaces publics ouverts, les environnements naturels et les résidences pour personnes âgées;
- tous les comportements liés à la santé, notamment l'activité physique, le comportement sédentaire, le sommeil, la consommation alimentaire, le tabagisme et l'utilisation de substances;
- les maladies chroniques et les résultats liés à la santé, notamment l'indice de masse corporelle, la condition physique, la tension artérielle, les lipides sanguins, la glycémie, les blessures, les chutes, la santé mentale, le stress, la dépression, l'anxiété, la maladie d'Alzheimer, la démence, l'obésité, le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires.

Les soumissions internationales seront prises en compte si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (p. ex. dans le cadre d'études multipays ou de comparaisons mondiales) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé de la collectivité ou de la population au Canada.

Veuillez consulter le site Web de la revue pour de plus amples renseignements sur les types d'articles et les [lignes directrices pour la soumission d'articles à l'intention des auteurs](#). Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement.

Tous les manuscrits doivent être soumis au moyen du système en ligne ScholarOne Manuscripts de la revue. Pour toute question liée au processus de soumission ou à la portée ou la pertinence d'un article, veuillez communiquer par courriel avec l'équipe de rédaction à l'adresse HPCDP.Journal-Revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca.

Échéance pour les soumissions : 30 novembre 2024

Références

1. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*. 2012;125(5):729-737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022>
2. Frank LD, Iroz-Elardo N, MacLeod KE, Hong A. Pathways from built environment to health: a conceptual framework linking behavior and exposure-based impacts. *J Transp Health*. 2019;12:319-335. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2018.11.008>
3. Leatherdale ST. Natural experiment methodology for research: a review of how different methods can support real-world research. *Int J Soc Res Methodol*. 2019;22(1):19-35. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1488449>
4. Craig P, Cooper C, Gunnell D, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(12):1182-1186. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200375>
5. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
6. Ogilvie D, Adams J, Bauman A, et al. Using natural experimental studies to guide public health action: turning the evidence-based medicine paradigm on its head. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(2):203-208. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213085>
7. Craig P, Campbell M, Bauman A, et al. Making better use of natural experimental evaluation in population health. *BMJ*. 2022; 379:e070872. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070872>

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 et livres. Voici quelques articles publiés en 2023.

Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, [...] Blair DL, Hovdestad W, et al. Depression, parenting and the COVID-19 pandemic in Canada: results from three nationally representative cross-sectional surveys. *BMJ Open*. 2023;13(8):e063991. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063991>

Srugo SA, Ricci C, Leason J, Jiang Y, Luo W, Nelson C. Disparities in primary and emergency health care among “off-reserve” Indigenous females compared with non-Indigenous females aged 15–55 years in Canada. *CMAJ*. 2023;195(33):E1097-111. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221407>

