

# Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

## *Recherche, politiques et pratiques*

Volume 44 • numéro 4 • avril 2024

### Dans ce numéro

#### *Synthèse des données probantes*

- 143** Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative

#### *Recherche quantitative originale*

- 167** Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance au Canada
- 183** Facteurs liés aux écoles et facteurs liés aux interventions dans le contexte de l'institutionnalisation des interventions de promotion de la santé dans les écoles primaires
- 198** Exploration des différences dans les comportements liés à la consommation de substances chez les jeunes faisant partie de minorités de genre et les jeunes ne faisant pas partie de minorités de genre : analyse transversale de l'étude COMPASS

#### *Annonce*

- 212** 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
- 214** Corrigendum – Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0
- 218** 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

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

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

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

Justin J. Lang, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Heather Orpana, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

Kelly Skinner, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

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

Paul Villeneuve, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.  
Gestionnaire de la rédaction

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

Nicolas Fleet, B. Sc. Soc.  
Adjoint à la production

Susanne Moehlenbeck  
Rédactrice adjointe

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

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

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

## Comité de rédaction

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

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.  
Thompson Rivers University

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

Erica Di Ruggiero, Ph. D.  
University of Toronto

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.

© Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ISSN 2368-7398

Pub. 230542

[HPCDP.journal-revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca](mailto: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>

---

# Synthèse des données probantes

## Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative

Geneveave Barbo, inf. aut., M. Sc. Inf., M. Sc. Cl. (1); Sharmin Alam, M.A. (2)

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

### Résumé

**Introduction.** Les Autochtones du Canada sont traités de façon négative lorsqu'ils ont accès à des soins de santé primaires. Malgré plusieurs comptes rendus qualitatifs de ces expériences, il n'y a toujours pas de revue qualitative sur ce sujet. Dans cette revue systématique qualitative, nous avons voulu explorer les expériences vécues par les Autochtones au Canada lorsqu'ils reçoivent des soins de santé primaires, caractériser les différences entre les régions urbaines et les régions rurales ou éloignées et dégager des recommandations portant sur l'amélioration de la qualité des soins.

**Méthodologie.** Cette revue a été guidée par la méthodologie du Joanna Briggs Institute concernant la revue systématique de données qualitatives. Nous avons consulté les bases de données MEDLINE, CINAHL, PubMed, PsycInfo, Embase et Web of Science, ainsi que la littérature grise et des sources ancestrales afin de trouver des articles pertinents. Les sources ancestrales ont été obtenues en examinant les références de tous les articles inclus afin d'identifier celles qui pourraient correspondre aux critères d'admissibilité. Deux évaluatrices indépendantes ont procédé au tri des articles puis au dépouillement du texte intégral, à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité des données. Une fois toutes les données recueillies, elles ont été synthétisées au moyen de l'approche de la méta-agrégation (PROSPERO CRD42020192353).

**Résultats.** Nos recherches nous ont permis de trouver 2 503 articles dans les bases de données universitaires et 12 articles provenant de la littérature grise et de sources ancestrales. Nous avons retenu au total 22 articles dans notre revue. Trois grandes constatations synthétisées se sont dégagées – les expériences satisfaisantes, les attitudes discriminatoires et les défis systémiques auxquels sont confrontés les patients autochtones – ainsi qu'une constatation synthétisée concernant leurs recommandations.

**Conclusion.** Les Autochtones tiennent à recevoir des soins sûrs, accessibles et respectueux. La discrimination et le racisme auxquels ils sont confrontés ont une incidence négative sur leur santé et leur bien-être. Il est donc essentiel de mettre en œuvre immédiatement des changements dans la pratique, les structures et les politiques en matière de soins de santé et d'amorcer sans délai une transformation systémique.

**Mots-clés :** Autochtones, soins de santé primaires, accessibilité des services de santé, revue systématique, Canada

### Introduction

Selon la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adoptée en 1946, toute personne a le droit fondamental de

jouir du meilleur état de santé possible<sup>1</sup>. Néanmoins, à ce jour, les inégalités en matière de santé persistent à l'échelle mondiale<sup>2</sup>. Les inégalités en matière de santé sont des différences systématiques

dans l'état de santé de divers groupes de population causées par une distribution inégale des déterminants sociaux de la santé qui désavantagent encore plus ceux qui sont déjà socialement vulnérables<sup>2,3</sup>.

### Rattachement des auteures :

1. College of Nursing, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan), Canada
2. Chercheure indépendante, Montréal (Québec), Canada

**Correspondance :** Geneveave Barbo, College of Nursing, University of Saskatchewan, Health Science Building – 1A10, Box 6, 107 Wiggins Road, Saskatoon (Saskatchewan) S7N 5E5; tél. : 306-966-6221; courriel : [g.barbo@usask.ca](mailto:g.barbo@usask.ca)

[Article de recherche](#) par Barbo G et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Points saillants

- Il s'agit de la première revue systématique qualitative visant à explorer les expériences des Autochtones en ce qui concerne les soins de santé primaires au Canada.
- Conformément à la méthodologie du Joanna Briggs Institute concernant la revue systématique de données qualitatives, nous avons inclus six bases de données universitaires et consulté la littérature grise et des sources ancestrales.
- Les expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada ont été décrites comme étant empreintes de soutien et de respect dans certains cas, mais aussi très marquées par des attitudes discriminatoires et des difficultés systémiques.
- Les Autochtones vivant en milieu rural ou éloigné ont fait état de davantage de préoccupations en matière de protection de la vie privée, de confidentialité et d'accessibilité que ceux vivant en milieu urbain.

Selon l’OMS et d’autres défenseurs de la santé publique, il est important d’investir dans les soins de santé primaires pour remédier aux inégalités en matière de santé au sein de chaque pays<sup>4,5</sup>.

Au Canada, les soins de santé primaires sont offerts à tous les résidents admissibles grâce à la couverture universelle publique en matière de santé, ce que l’on appelle l’assurance-maladie ou l’assurance-santé<sup>6</sup>. L’assurance-santé est régie par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui garantit la prestation de services de soins de santé (dont les soins de santé primaires) et le respect des cinq principes fondamentaux que sont la gestion publique, l’intégralité, l’universalité, la transférabilité et l’accessibilité<sup>7</sup>. En 2000, une réforme des soins de santé primaires a été approuvée et entamée par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, dans le but premier d’améliorer l’accès aux services, la qualité des services, l’équité en santé et la réceptivité aux besoins des patients et des collectivités<sup>6,8</sup>. Pourtant, des problèmes liés à l’accès aux soins de santé primaires et à la qualité de ces soins persistent, en particulier chez les populations socialement marginalisées, comme le sont les Autochtones<sup>9,10</sup>. La marginalisation sociale est souvent définie comme une exclusion sociale en raison d’un manque de pouvoir, de ressources et de statut qui limite les possibilités ou l’accessibilité<sup>11</sup>.

De nombreuses études ont fait ressortir les obstacles auxquels se heurtent les Autochtones (qu’ils vivent en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné) lorsqu’ils veulent avoir accès à des soins de santé primaires, comme la discrimination, le racisme, des soins qui ne sont pas respectueux de leur culture et des soins inaccessibles<sup>12-15</sup>. Malgré plusieurs comptes rendus qualitatifs de ces expériences négatives, une recherche approfondie de la littérature révèle qu’il n’y a toujours pas de revue qualitative sur le sujet. En comblant cette lacune, il sera possible d’aider les décideurs, les gestionnaires de soins de santé, les professionnels de la santé et les chercheurs à cerner les principaux éléments sur lesquels agir pour améliorer l’accès aux soins de santé primaires et la qualité de ces soins dans l’ensemble du Canada.

Par conséquent, nous avons choisi d’explorer les questions de recherche suivantes :

1. Quelles sont les expériences et les perspectives des Autochtones en ce qui concerne les soins de santé primaires au Canada?
2. En quoi ces expériences et ces perspectives diffèrent-elles lorsqu’on compare les soins de santé primaires offerts en milieu urbain par rapport à ceux offerts en milieu rural ou éloigné?
3. Quelles sont les recommandations des Autochtones pour améliorer la qualité des soins de santé primaires offerts au Canada?

## Méthodologie

### Protocole et enregistrement

Cette revue systématique est enregistrée dans l’International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO CRD 42020192353).

### Critères d’admissibilité et stratégie de recherche

Notre revue a été guidée par la méthodologie du Joanna Briggs Institute (JBI) concernant la revue systématique de données qualitatives<sup>16</sup>; les détails sur le protocole sont décrits ailleurs<sup>17</sup>. Nous avons retenu les articles de recherche reposant sur une méthodologie qualitative ou mixte, rédigés en anglais ou en français, qui portaient sur les expériences, vécues ou relatées, des Autochtones recevant des soins de santé primaires au Canada. Il n’y avait aucune restriction quant à l’année de publication des articles ou à l’âge, au genre, à l’état de santé ou à la localisation des participants.

Nous avons effectué des recherches préliminaires dans CINAHL et PubMed afin de trouver des mots-clés et des termes pertinents pour nos questions de recherche. Nous avons ensuite élaboré une stratégie de recherche complète et nous l’avons adaptée à chacune des bases de données suivantes : MEDLINE, CINAHL, PubMed, PsycInfo, Embase et Web of Science (tableau 1). Nous avons également consulté la littérature grise en faisant des recherches dans Google Scholar, le Bielefeld Academic Search Engine, ProQuest Dissertations and Theses et divers autres sites Web pertinents (comme ceux de la Native Health Database et du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone). De plus, nous avons vérifié la liste des références de chaque article retenu pour déterminer s’il fallait passer en revue

d’autres études afin d’obtenir des sources ancestrales.

### Sélection des études

Après la recherche, toutes les citations identifiées ont été téléchargées sur Rayyan<sup>18</sup>. Ensuite, les deux auteures (GB et SA) ont vérifié indépendamment le titre et le résumé des articles en fonction des critères d’inclusion. Elles ont ensuite examiné, de façon indépendante également, l’intégralité des articles sélectionnés. Les raisons justifiant l’exclusion de certains articles ont été notées, et aucune divergence majeure n’a été constatée entre les deux évaluatrices, ce qui a rendu inutile l’aide d’un troisième évaluateur. Après avoir choisi les articles à retenir, elles ont effectué une évaluation indépendante de la qualité à l’aide de la liste de vérification du JBI pour l’évaluation critique de la recherche qualitative<sup>19</sup>.

### Extraction et synthèse des données

Toutes les données pertinentes des études retenues ont été recueillies à l’aide de l’outil d’extraction de données du JBI<sup>16</sup>. Les données extraites sont les renseignements sur la méthodologie des études, la méthode d’analyse, le centre d’intérêt, l’emplacement géographique, les caractéristiques des participants, les résultats et les illustrations. Ces données ont ensuite été synthétisées selon l’approche de méta-agrégation du JBI : les constatations et les illustrations ont été classées dans diverses catégories puis regroupées de façon à former un ensemble complet de constatations synthétisées. Enfin, conformément à l’approche de Munn et ses collaborateurs<sup>20</sup>, nous avons attribué un score ConQual aux constatations synthétisées afin de vérifier leur fiabilité et leur crédibilité.

## Résultats

Les recherches nous ont permis d’obtenir 2 503 articles dans les bases de données universitaires et 12 articles provenant de la littérature grise et de sources ancestrales. Au total, nous avons retenu 22 articles dans notre revue.

La figure 1 illustre l’organigramme PRISMA des résultats des recherches et du processus de sélection des études<sup>21</sup>. La qualité méthodologique des articles retenus variait de modérée à élevée, ce qui fait qu’aucune

**TABLEAU 1**  
Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
1. content analysis.mp.	S1. TI content analysis* OR AB content analysis*	#1. content analysis[Title/Abstract]	1. content analysis.mp.	1. content analysis.mp.	1. TI=content analysis* OR AB=content analysis*
2. descriptive.mp.	S2. TI descriptive OR AB descriptive	#2. descriptive[Title/Abstract]	2. descriptive.mp.	2. descriptive.mp.	2. TI=descriptive OR AB=descriptive
3. discourse.mp.	S3. TI discourse OR AB discourse	#3. discourse[Title/Abstract]	3. discourse.mp.	3. discourse.mp.	3. TI=discourse OR AB=discourse
4. ethno*.mp.	S4. TI ethno* OR AB ethno*	#4. ethno*[Title/Abstract]	4. ethno*.mp.	4. ethno*.mp.	4. TI=ethno* OR AB=ethno*
5. exploratory.mp.	S5. TI exploratory OR AB exploratory	#5. exploratory[Title/Abstract]	5. exploratory.mp.	5. exploratory.mp.	5. TI=exploratory OR AB=exploratory
6. grounded theory.mp.	S6. TI grounded theory OR AB grounded theory	#6. grounded theory[Title/Abstract]	6. grounded theory.mp.	6. grounded theory.mp.	6. TI=grounded theory OR AB=grounded theory
7. interpretive.mp.	S7. TI interpretive OR AB interpretive	#7. interpretive[Title/Abstract]	7. interpretive.mp.	7. interpretive.mp.	7. TI=interpretive OR AB=interpretive
8. interview*.mp.	S8. TI interview OR AB interview	#8. interview*[Title/Abstract]	8. interview*.mp.	8. interview*.mp.	8. TI=interview OR AB=interview
9. mixed method*.mp.	S9. TI mixed method* OR AB mixed method*	#9. mixed method*[Title/Abstract]	9. mixed method*.mp.	9. mixed method*.mp.	9. TI=mixed method* OR AB=mixed method*
10. multi* method*.mp.	S10. TI multi* method* OR AB multi* method*	#10. multi* method*[Title/Abstract]	10. multi* method*.mp.	10. multi* method*.mp.	10. TI=multi* method* OR AB=multi* method*
11. narrative.mp.	S11. TI narrative OR AB narrative	#11. narrative[Title/Abstract]	11. narrative.mp.	11. narrative.mp.	11. TI=narrative OR AB=narrative
12. phenomenolog*.mp.	S12. TI phenomenolog* OR AB phenomenolog*	#12. phenomenolog*[Title/Abstract]	12. phenomenolog*.mp.	12. phenomenolog*.mp.	12. TI=phenomenolog* OR AB=phenomenolog*
13. qualitative.mp.	S13. TI qualitative OR AB qualitative	#13. qualitative[Title/Abstract]	13. qualitative.mp.	13. qualitative.mp.	13. TI=qualitative OR AB=qualitative
14. thematic*.mp.	S14. TI thematic* OR AB thematic*	#14. thematic*[Title/Abstract]	14. thematic*.mp.	14. thematic*.mp.	14. TI=thematic* OR AB=thematic*
15. theme*.mp.	S15. TI theme* OR AB theme*	#15. theme*[Title/Abstract]	15. theme*.mp.	15. theme*.mp.	15. TI=theme* OR AB=theme*
16. case studies.mp.	S16. TI case studies OR AB case studies	#16. case studies[Title/Abstract]	16. case studies.mp.	16. case studies.mp.	16. TI=case studies OR AB=case studies
17. focused group discussions.mp.	S17. TI focused group discussions OR AB focused group discussions	#17. focused group discussions[Title/Abstract]	17. focused group discussions.mp.	17. focused group discussions.mp.	17. TI=focused group discussions OR AB=focused group discussions
18. Empirical Research/	N/A	N/A	18. Empirical Research/	18. Empirical Research/	N/A
19. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	S18. S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9 or S10 or S11 or S12 or S13 or S14 or S15 or S16 or S17	#18. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17	19. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	19. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	18. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17
20. attitude*.mp.	S19. TI attitude* OR AB attitude*	#19. attitude*[Title/Abstract]	20. attitude*.mp.	20. attitude*.mp.	19. TI=attitude* OR AB=attitude*
21. belief*.mp.	S20. TI belief* OR AB belief*	#20. belief*[Title/Abstract]	21. belief*.mp.	21. belief*.mp.	20. TI=belief* OR AB=belief*
22. experience*.mp.	S21. TI experience* OR AB experience*	#21. experience*[Title/Abstract]	22. experience*.mp.	22. experience*.mp.	21. TI=experience* OR AB=experience*

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données**

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
23. opinion*.mp.	S22. TI opinion* OR AB opinion*	#22. opinion*[Title/Abstract]	23. opinion*.mp.	23. opinion*.mp.	22. TI=opinion* OR AB=opinion*
24. perception*.mp.	S23. TI perception* OR AB perception*	#23. perception*[Title/Abstract]	24. perception*.mp.	24. perception*.mp.	23. TI=perception* OR AB=perception*
25. perspective*.mp.	S24. TI perspective* OR AB perspective*	#24. perspective*[Title/Abstract]	25. perspective*.mp.	25. perspective*.mp.	24. TI=perspective* OR AB=perspective*
26. satisfaction.mp.	S25. TI satisfaction OR AB satisfaction	#25. satisfaction[Title/Abstract]	26. satisfaction.mp.	26. satisfaction.mp.	25. TI=satisfaction OR AB=satisfaction
27. value*.mp.	S26. TI value* OR AB value*	#26. value*[Title/Abstract]	27. value*.mp.	27. value*.mp.	26. TI=value* OR AB=value*
28. view*.mp.	S27. TI view* OR AB view*	#27. view*[Title/Abstract]	28. view*.mp.	28. view*.mp.	27. TI=view* OR AB=view*
29. 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28	S28. S19 or S20 or S21 or S22 or S23 or S24 or S25 or S26 or S27	#28. #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27	29. 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28	29. 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28	28. 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27
30. aborigin*.mp.	S29. TI aborigin* OR AB aborigin*	#29. aborigin*[Title/Abstract]	30. aborigin*.mp.	30. aborigin*.mp.	29. TI=aborigin* OR AB=aborigin*
31. First Nation*.mp.	S30. TI First Nation* OR AB First Nation*	#30. First Nation*[Title/Abstract]	31. First Nation*.mp.	31. First Nation*.mp.	30. TI=First Nation* OR AB=First Nation*
32. indigen*.mp.	S31. TI indigen* OR AB indigen*	#31. indigen*[Title/Abstract]	32. indigen*.mp.	32. indigen*.mp.	31. TI=indigen* OR AB=indigen*
33. Inuit*.mp.	S32. TI Inuit* OR AB Inuit*	#32. Inuit*[Title/Abstract]	33. Inuit*.mp.	33. Inuit*.mp.	32. TI=Inuit* OR AB=Inuit*
34. Metis.mp.	S33. TI Metis OR AB Metis	#33. Metis[Title/Abstract]	34. Metis.mp.	34. Metis.mp.	33. TI=Metis OR AB=Metis
35. native*.mp.	S34. TI native* OR AB native*	#34. native*[Title/Abstract]	35. native*.mp.	35. native*.mp.	34. TI=native* OR AB=native*
36. Indian*.mp.	S35. TI Indian* OR AB Indian*	#35. Indian*[Title/Abstract]	36. Indian*.mp.	36. Indian*.mp.	35. TI=Indian* OR AB=Indian*
37. 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	S36. S29 or S30 or S31 or S32 or S33 or S34 or S35	#36. #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35	37. 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	37. 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	36. 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35
38. Canad*.mp.	S37. TI Canad* OR AB Canad*	#37. Canad*[Title/Abstract]	38. Canad*.mp.	38. Canad*.mp.	37. TI=Canad* OR AB=Canad*
39. Alberta*.mp.	S38. TI Alberta* OR AB Alberta*	#38. Alberta*[Title/Abstract]	39. Alberta*.mp.	39. Alberta*.mp.	38. TI=Alberta* OR AB=Alberta*
40. British Columbia.mp.	S39. TI British Columbia OR AB British Columbia	#39. British Columbia[Title/Abstract]	40. British Columbia.mp.	40. British Columbia.mp.	39. TI=British Columbia OR AB=British Columbia
41. Manitoba*.mp.	S40. TI Manitoba* OR AB Manitoba*	#40. Manitoba*[Title/Abstract]	41. Manitoba*.mp.	41. Manitoba*.mp.	40. TI=Manitoba* OR AB=Manitoba*
42. New Brunswick.mp.	S41. TI New Brunswick OR AB New Brunswick	#41. New Brunswick[Title/Abstract]	42. New Brunswick.mp.	42. New Brunswick.mp.	41. TI=New Brunswick OR AB=New Brunswick
43. Newfoundland and Labrador.mp.	S42. TI Newfoundland and Labrador OR AB Newfoundland and Labrador	#42. Newfoundland and Labrador[Title/Abstract]	43. Newfoundland and Labrador.mp.	43. Newfoundland and Labrador.mp.	42. TI=Newfoundland Labrador OR AB=Newfoundland Labrador
44. Nova Scotia.mp.	S43. TI Nova Scotia OR AB Nova Scotia	#43. Nova Scotia[Title/Abstract]	44. Nova Scotia.mp.	44. Nova Scotia.mp.	43. TI=Nova Scotia OR AB=Nova Scotia
45. Ontario.mp.	S44. TI Ontario OR AB Ontario	#44. Ontario[Title/Abstract]	45. Ontario.mp.	45. Ontario.mp.	44. TI=Ontario OR AB=Ontario
46. Prince Edward Island.mp.	S45. TI Prince Edward Island OR AB Prince Edward Island	#45. Prince Edward Island[Title/Abstract]	46. Prince Edward Island.mp.	46. Prince Edward Island.mp.	45. TI=Prince Edward Island OR AB=Prince Edward Island

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
47. Quebec*.mp.	S46. TI Quebec* OR AB Quebec*	#46. Quebec*[Title/Abstract]	47. Quebec*.mp.	47. Quebec*.mp.	46. TI=Quebec* OR AB=Quebec*
48. Saskatchewan.mp.	S47. TI Saskatchewan OR AB Saskatchewan	#47. Saskatchewan[Title/Abstract]	48. Saskatchewan.mp.	48. Saskatchewan.mp.	47. TI=Saskatchewan OR AB=Saskatchewan
49. Northwest Territories.mp.	S48. TI Northwest Territories OR AB Northwest Territories	#48. Northwest Territories[Title/Abstract]	49. Northwest Territories.mp.	49. Northwest Territories.mp.	48. TI=Northwest Territories OR AB=Northwest Territories
50. Nunavut.mp.	S49. TI Nunavut OR AB Nunavut	#49. Nunavut[Title/Abstract]	50. Nunavut.mp.	50. Nunavut.mp.	49. TI=Nunavut OR AB=Nunavut
51. Yukon.mp.	S50. TI Yukon OR AB Yukon	#50. Yukon[Title/Abstract]	51. Yukon.mp.	51. Yukon.mp.	50. TI=Yukon OR AB=Yukon
52. 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51	S51. S37 or S38 or S39 or S40 or S41 or S42 or S43 or S44 or S45 or S46 or S47 or S48 or S49 or S50	#51. #37 or #38 or #39 or #40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49 or #50	52. 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51	52. 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51	51. 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50
53. primary care.mp.	S52. TI primary care OR AB primary care	#52. primary care[Title/Abstract]	53. primary care.mp.	53. primary care.mp.	52. TI=primary care OR AB=primary care
54. primary health care.mp.	S53. TI primary health care OR AB primary health care	#53. primary health care[Title/Abstract]	54. primary health care.mp.	54. primary health care.mp.	53. TI=primary health care OR AB=primary health care
55. primary healthcare.mp.	S54. TI primary healthcare OR AB primary healthcare	#54. primary healthcare[Title/Abstract]	55. primary healthcare.mp.	55. primary healthcare.mp.	54. TI=primary healthcare OR AB=primary healthcare
56. clinic*.mp.	S55. TI clinic* OR AB clinic*	#55. clinic*[Title/Abstract]	56. clinic*.mp.	56. clinic*.mp.	55. TI=clinic* OR AB=clinic*
57. outpatient*.mp.	S56. TI outpatient* OR AB outpatient*	#56. outpatient*[Title/Abstract]	57. outpatient*.mp.	57. outpatient*.mp.	56. TI=outpatient* OR AB=outpatient*
58. ambulatory.mp.	S57. TI ambulatory OR AB ambulatory	#57. ambulatory[Title/Abstract]	58. ambulatory.mp.	58. ambulatory.mp.	57. TI=ambulatory OR AB=ambulatory
59. community care.mp.	S58. TI community care OR AB community care	#58. community care[Title/Abstract]	59. community care.mp.	59. community care.mp.	58. TI=community care OR AB=community care
60. community health care.mp.	S59. TI community health care OR AB community health care	#59. community health care[Title/Abstract]	60. community health care.mp.	60. community health care.mp.	59. TI=community health care OR AB=community health care
61. community health services.mp.	S60. TI community health services OR AB community health services	#60. community health services[Title/Abstract]	61. community health services.mp.	61. community health services.mp.	60. TI=community health services OR AB=community health services
62. general practi*.mp.	S61. TI general practi* OR AB general practi*	#61. general practi*[Title/Abstract]	62. general practi*.mp.	62. general practi*.mp.	61. TI=general practi* OR AB=general practi*
63. family physician*.mp.	S62. TI family physician* OR AB family physician*	#62. family physician*[Title/Abstract]	63. family physician*.mp.	63. family physician*.mp.	62. TI=family physician* OR AB=family physician*
64. family doctor*.mp.	S63. TI family doctor* OR AB family doctor*	#63. family doctor*[Title/Abstract]	64. family doctor*.mp.	64. family doctor*.mp.	63. TI=family doctor* OR AB=family doctor*
65. Health Services, Indigenous/	S64. TI nurse practi* OR AB nurse practi*	#64. Primary Health Care/	65. Health Care Services/	65. health service/	64. TI=nurse practi* OR AB=nurse practi*

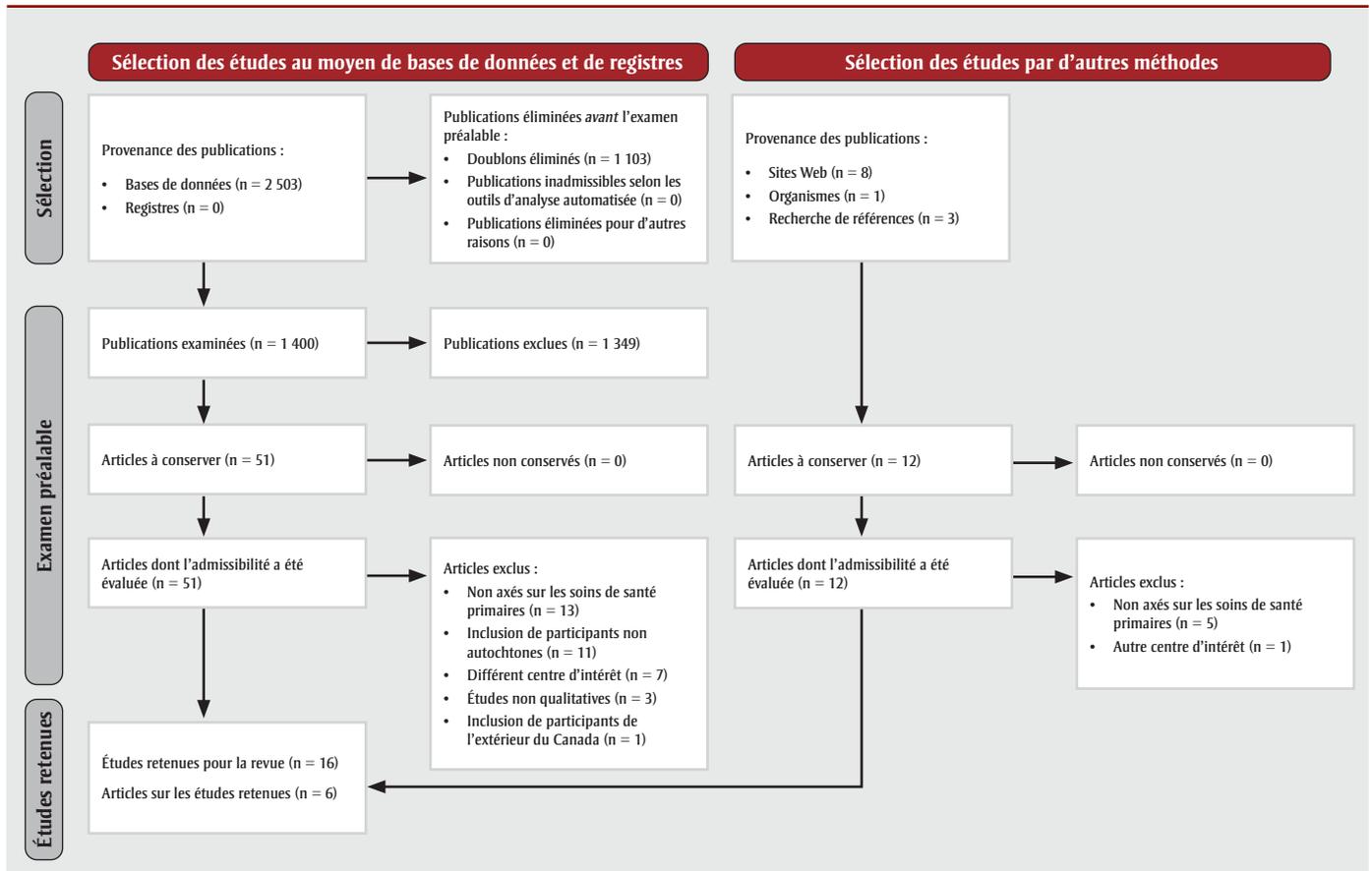
Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Stratégie de recherche utilisée dans chaque base de données**

MEDLINE	CINAHL	PUBMED	PSYCINFO	EMBASE	WEB OF SCIENCE
Ovid MEDLINE ALL, de 1946 jusqu'au 21 décembre 2021	CINAHL Plus avec texte intégral	S.O.	APA PsycInfo, de 1806 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Embase, de 1996 à la 2 <sup>e</sup> semaine de décembre 2021	Web of Science Core Collection (tous les index : SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED)
66. Preventive Health Services/	S65. TI midwives OR AB midwives	#65. Community Health Services/	66. primary health care/	66. primary health care/	65. TI=midwives OR AB=midwives
67. nurse practi*.mp.	S66. TI midwife* OR TI midwife*	#66. Health Services, Indigenous/	67. nurse practi*.mp.	67. nurse practi*.mp.	66. TI=midwife* OR TI=midwife*
68. midwives.mp.	S67. TI pharmacist* OR AB pharmacist*	#67. Preventive Health Services/	68. midwives.mp.	68. midwives.mp.	67. TI=pharmacist* OR AB=pharmacist*
69. midwife*.mp.	S68. TI nurse OR AB nurse	#68. nurse practi*[Title/Abstract]	69. midwife*.mp.	69. midwife*.mp.	68. TI=nurse OR AB=nurse
70. pharmacist*.mp.	S69. TI nurses OR AB nurses	#69. midwives [Title/Abstract]	70. pharmacist*.mp.	70. pharmacist*.mp.	69. TI=nurses OR AB=nurses
71. nurse.mp.	S70. TI physiotherapist* OR AB physiotherapist*	#70. midwife*[Title/Abstract]	71. nurse.mp.	71. nurse.mp.	70. TI=physiotherapist* OR AB=physiotherapist*
72. nurses.mp.	S71. TI social worker* OR AB social worker*	#71. pharmacist*[Title/Abstract]	72. nurses.mp.	72. nurses.mp.	71. TI=social worker* OR AB=social worker*
73. physiotherapist*.mp.	S72. TI dietician* OR AB dietician*	#72. nurse[Title/Abstract]	73. physiotherapist*.mp.	73. physiotherapist*.mp.	72. TI=dietician* OR AB=dietician*
74. social worker*.mp.	N/A	#73. nurses[Title/Abstract]	74. social worker*.mp.	74. social worker*.mp.	N/A
75. dietician*.mp.	N/A	#74. physiotherapist*[Title/Abstract]	75. dietician*.mp.	75. dietician*.mp.	N/A
N/A	N/A	#75. social worker*[Title/Abstract]	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	#76. dietician*[Title/Abstract]	N/A	N/A	N/A
76. 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	S73. S52 or S53 or S54 or S55 or S56 or S57 or S58 or S59 or S60 or S61 or S62 or S63 or S64 or S65 or S66 or S67 or S68 or S69 or S70 or S71 or S72	#77. #52 or #53 or #54 or #55 or #56 or #57 or #58 or #59 or #60 or #61 or #62 or #63 or #64 or #65 or #66 or #67 or #68 or #69 or #70 or #71 or #72 or #73 or #74 or #75 or #76	76. 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	76. 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	73. 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72
77. 19 and 29 and 37 and 52 and 76	S74. S18 and S28 and S36 and S51 and S73	#78. #18 and #28 and #36 and #51 and #77	77. 19 and 29 and 37 and 52 and 76	77. 19 and 29 and 37 and 52 and 76	74. 18 and 28 and 36 and 51 and 73
78. Filter: English and French	S75. Filter: English and French	#79. Filter: English and French	78. Filter: English and French	78. Filter: English and French	75. Filter: English and French

**Abréviations :** AB, résumé; A&HCI, Arts & Humanities Citation Index; APA, American Psychological Association; BKCI-S, Book Citation Index—Science; BKCI-SSH, Book Citation Index—Social Sciences & Humanities; CCR-EXPANDED, Current Chemical Reactions; CPCI-S, Conference Proceedings Citation Index—Science; CPCI-SSH, Conference Proceedings Citation Index—Social Science & Humanities; ESCI, Emerging Sources Citation Index; S.O., sans objet; SCI-EXPANDED, Science Citation Index Expanded; SSCI, Social Sciences Citation Index; TI, titre.

**FIGURE 1**  
Organigramme PRISMA 2020<sup>21</sup> pour les nouvelles revues systématiques



étude n'a été exclue après sa première sélection (tableau 2).

### Caractéristiques des études retenues

Les caractéristiques détaillées des études retenues sont présentées dans le tableau 3. Les articles ont été publiés entre 2001 et 2020, et les études faisaient appel à diverses approches qualitatives : conception participative<sup>12,22-27</sup>, méthodologies autochtones<sup>13,15,24,28-31</sup>, ethnographie<sup>25,27,32,33</sup>, phénoménologie<sup>34,35</sup>, études de cas<sup>14,36</sup>, description qualitative<sup>12,37</sup>, théorie ancrée dans des données empiriques<sup>38</sup> ou méthodes mixtes<sup>39</sup>. Onze des 22 études portaient sur des expériences vécues dans de grandes régions métropolitaines canadiennes, incluant Calgary<sup>25,38</sup>, Edmonton<sup>37</sup>, Ottawa<sup>23</sup>, Toronto<sup>29,30,34</sup>, Vancouver<sup>15,28</sup> et Winnipeg<sup>13,31</sup>, tandis que 10 études ont été menées dans des collectivités rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique<sup>26,27,39</sup>, du Manitoba<sup>33</sup>, de la Nouvelle-Écosse<sup>12,24</sup>, de l'Ontario<sup>24</sup>, du Québec<sup>14</sup>, du Nunavut<sup>22</sup> et des Territoires du Nord-Ouest<sup>32</sup>. Enfin, un article comportait des résultats portant sur diverses

provinces et divers milieux, avec des participants de milieux urbains du sud de l'Alberta et des milieux ruraux de l'Alberta, des milieux urbains du nord de l'Ontario et des milieux éloignés du nord de l'Ontario ainsi que des milieux ruraux de la Colombie-Britannique<sup>35</sup>. La catégorisation entre « milieu urbain », « milieu rural » et « milieu éloigné » repose sur les catégories utilisées dans les études en cause, en fonction de la définition des auteurs et de la densité de population<sup>40</sup> : les milieux urbains comptent au moins 400 hab./km<sup>2</sup> et les régions rurales ou éloignées comptent moins de 400 hab./km<sup>2</sup>.

Les participants des études retenues étaient membres des Premières Nations, Métis ou Inuits et ils avaient au total entre 16 et 79 ans. Les raisons pour lesquelles ils souhaitaient obtenir des soins de santé primaires et leurs problèmes de santé préexistants étaient variables (cancer, arthrite, diabète, maladie cardiovasculaire, virus de l'immunodéficience humaine et troubles de santé mentale).

### Observations synthétisées

Le tableau 4 présente un aperçu de chaque constatation de notre revue systématique. Trois grandes constatations synthétisées se sont dégagées en lien avec notre première et notre deuxième question de recherche et une autre constatation synthétisée relève de notre troisième question de recherche. Le tableau 5 présente le degré de fiabilité et de crédibilité de chaque constatation synthétisée, ainsi que le score ConQual (qui évalue le degré de confiance dans la qualité des données associées aux revues de travaux de recherche qualitative), dans le but d'en faciliter l'évaluation et l'intégration dans l'enseignement, la pratique et les politiques.

### Première constatation synthétisée : expériences empreintes de soutien et de respect

La première constatation synthétisée montre que certaines expériences vécues par les Autochtones lorsqu'ils ont reçu des soins de santé primaires ont été considérées

**TABLEAU 2**  
**Évaluation de la qualité méthodologique<sup>a</sup> des études retenues**

Référence	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Barnabe et al. <sup>38</sup>	N	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Bird et al. <sup>36</sup>	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Browne et Fiske <sup>32</sup>	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Bucharski et al. <sup>37</sup>	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Burns et al. <sup>12</sup>	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Corosky et Blystad <sup>22</sup>	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O
Fontaine et al. <sup>13</sup>	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Fraser et Nadeau <sup>14</sup>	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ghosh <sup>23</sup>	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Goodman et al. <sup>15</sup>	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Gorman <sup>34</sup>	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Hayden <sup>33</sup>	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O
Howard et al. <sup>39</sup>	N	O	O	O	N	O	N	O	O	O
Howell-Jones <sup>28</sup>	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Jacklin et al. <sup>35</sup>	N	O	O	O	O	N	N	O	O	O
MacDonald et al. <sup>24</sup>	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Monchalin et al. <sup>30</sup>	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Monchalin <sup>29</sup>	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Oelke <sup>25</sup>	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Russell et de Leeuw <sup>26</sup>	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
Tait Neufeld <sup>31</sup>	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Varcoe et al. <sup>27</sup>	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O
Proportion (%) de oui	68	100	100	100	95	64	50	100	95	100

**Abréviations :** N, non; O, oui; Q, question.

<sup>a</sup> La liste de vérification du JBI pour l'évaluation critique de la recherche qualitative<sup>19</sup> a été utilisée pour l'évaluation de la qualité des études retenues. Elle repose sur les questions suivantes :

Q1. Y a-t-il concordance entre la perspective philosophique énoncée et la méthodologie de recherche?

Q2. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la question ou les objectifs de recherche?

Q3. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données?

Q4. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et la représentation et l'analyse des données?

Q5. Y a-t-il concordance entre la méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats?

Q6. Y a-t-il un énoncé indiquant où se situe le chercheur sur le plan culturel ou théorique?

Q7. L'influence du chercheur sur la recherche et l'influence de la recherche sur le chercheur sont-elles prises en compte?

Q8. Les participants et leurs voix sont-ils adéquatement représentés?

Q9. La recherche est-elle éthique d'après les critères actuels ou, dans le cas des études récentes, existe-t-il des preuves d'une approbation éthique par un organisme approprié?

Q10. Les conclusions tirées dans le rapport de recherche découlent-elles de l'analyse ou de l'interprétation des données?

comme étant empreintes de soutien et de respect. Cette métasynthèse a été élaborée à partir de quatre catégories comprenant 15 constatations. Certains participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits ont indiqué qu'ils avaient eu des rencontres empreintes de soutien et de respect avec des fournisseurs de soins de santé primaires : ils s'étaient sentis en sécurité, écoutés et libres de s'exprimer sans jugement. Cette constatation a été confirmée par l'une des participantes des Premières Nations et des Métis vivant en milieu urbain lorsqu'elle a décrit les soins prénataux qu'elle a reçus : « Mon

omnipraticien est vraiment fantastique : il écoute vraiment ses patients. Il respecte le fait que ses patients en savent probablement autant que lui, sinon plus, sur ce qui se passe dans leur corps »<sup>31</sup>, p. 165 [traduction]. Une autre femme des Premières Nations vivant dans une collectivité éloignée a fait écho à cette expérience positive :

Lorsque mon mari est décédé, mon médecin [de famille] m'a téléphoné pour me dire de venir lui parler, pour qu'il puisse voir si j'étais bien et pour parler de ce qui s'était passé... et il

m'a expliqué cela très doucement; oui, ça arrive. Il était vraiment attentionné. C'est la meilleure chose qui me soit arrivée, qu'il m'ait téléphoné par lui-même pour me le dire<sup>32</sup>, p. 140. [traduction]

Les participants étaient également très reconnaissants lorsque les fournisseurs de soins de santé primaires ont offert leur soutien, étaient accessibles et ont consacré tout le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble de leurs préoccupations; des expériences similaires ont été décrites par

**TABLEAU 3**  
**Caractéristiques des études retenues**

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Barnabe et al. <sup>38</sup>	Comprendre les expériences de patientes métisses et des Premières Nations vivant en milieu urbain qui ont recours au système de santé pour le traitement de l'arthrite inflammatoire	Mobilisation des patients et des collectivités, théorie ancrée dans des données empiriques	Groupes de discussion, entrevues semi-structurées, observations des participants et questionnaires	Femmes métisses et des Premières Nations (11)	Milieu urbain, Calgary (Alberta)	Un plus grand soutien à la prise de décisions concernant la pharmacothérapie est nécessaire pour optimiser la prise en charge de l'arthrite inflammatoire.
Bird et al. <sup>36</sup>	Explorer les expériences liées au diabète vécues par des participants inuits habitant dans une petite collectivité rurale	Étude de cas multiples	Entrevues semi-structurées et observations des participants	Hommes (3) et femme (1) inuits	Milieu éloigné, île de Baffin, Nunavut	L'accessibilité était une préoccupation en ce qui concerne les aliments, les connaissances en matière de santé, les services d'interprétation et les services de santé.
Browne et Fiske <sup>32</sup>	Mieux comprendre les expériences des femmes des Premières Nations en ce qui concerne les services de soins de santé réguliers	Approches ethnographiques critiques et féministes	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Femmes des Premières Nations (10)	Milieu éloigné, Nord-Ouest du Canada	Les expériences des participantes ont révélé l'influence des stéréotypes liés à la race et au genre.
Bucharski et al. <sup>37</sup>	Découvrir la perspective des femmes autochtones sur les caractéristiques de ce qui constitue des services de counseling et de dépistage adaptés à la culture en matière d'infection à VIH	Recherche qualitative descriptive exploratoire	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	Femmes métisses et des Premières Nations (7)	Milieu urbain, Edmonton (Alberta)	Les principaux thèmes étaient les expériences de vie, les obstacles au dépistage, la situation idéale en ce qui concerne le dépistage de l'infection à VIH et les dimensions de ce qui constitue des services de counseling et de dépistage culturellement adaptés en matière d'infection à VIH.
Burns et al. <sup>12</sup>	Explorer les expériences des femmes mi'kmaq recevant des soins prénataux dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse	Description qualitative et recherche-action participative	Entrevues semi-structurées	Femmes des Premières Nations (4)	Milieu rural, Nouvelle-Écosse	Les problèmes liés aux soins prénataux comprenaient des difficultés à organiser le transport et le manque d'équité en ce qui concerne les services offerts dans les collectivités mi'kmaq.
Corosky et Blystad <sup>22</sup>	Produire des données sur les expériences des jeunes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs relativement à l'accès aux soins	Modèle de partenariat Piliriqatigiinniq pour la recherche en santé communautaire	Entrevues semi-structurées	Dirigeants des collectivités (6), jeunes hommes (9) et jeunes femmes (10) inuits	Milieu éloigné, Arviat (Nunavut)	Les obstacles à l'accès en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs comprennent la méfiance à l'égard des travailleurs de soutien dans la collectivité, la stigmatisation et les tabous, ainsi que le sentiment d'impuissance.
Fontaine et al. <sup>13</sup>	Étudier l'expérience des femmes des Premières Nations en matière de santé cardiaque	Approche de décolonisation	Histoires et récits numériques	Femmes des Premières Nations (25)	Milieu urbain, Winnipeg (Manitoba)	Les problèmes de santé cardiaque des femmes des Premières Nations ont des racines historiques et sociales.

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Caractéristiques des études retenues**

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Fraser et Nadeau <sup>14</sup>	Explorer l'expérience des Inuits en matière de services de santé et de services sociaux dans une collectivité du Nunavik	Étude de cas (explicative)	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Aînés (3), femmes (10) et homme (1) inuits	Milieu éloigné, Nunavik (Québec)	Les expériences avec les services de santé et les services sociaux portaient sur des thèmes tels que la confiance, la protection de la vie privée et la crainte des conséquences d'une éventuelle divulgation de renseignements.
Ghosh <sup>23</sup>	Étudier les récits des Autochtones, des fournisseurs et des décideurs pour éclairer les stratégies actuelles de prévention du diabète de type 2	Recherche participative communautaire	Entrevues narratives	Utilisateurs de services des Premières Nations et des Métis (27), fournisseurs (6) et décideurs (7)	Milieu urbain, Ottawa (Ontario)	Les stratégies de prévention et de gestion du diabète chez les Autochtones vivant en milieu urbain doivent tenir compte de la diversité de leurs contextes historique, socioéconomique, spatial et juridique, de même que de leur admissibilité aux services de santé connexes.
Goodman et al. <sup>15</sup>	Explorer comment les multiples formes de discrimination et d'oppression façonnent les expériences relatives aux soins de santé chez les Autochtones vivant dans une collectivité marginalisée	Méthode de recherche autochtone	Cercles de discussion et notes de terrain	Hommes (18) et femmes (12) autochtones (le groupe autochtone des participants n'est pas mentionné)	Milieu urbain, Vancouver (Colombie-Britannique)	Les professionnels de la santé doivent consacrer plus de temps à la compréhension des facteurs structurels et historiques qui ont une incidence sur les disparités et les attitudes personnelles des patients autochtones.
Gorman <sup>34</sup>	Explorer les expériences des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida	Phénoménologie exploratoire	Entrevues semi-structurées	Femmes des Premières Nations (16)	Milieu urbain, Toronto (Ontario)	Les participantes font preuve de résilience malgré les défis insurmontables auxquels elles sont confrontées en vivant avec le VIH/sida.
Hayden <sup>33</sup>	Explorer la perspective des personnes atteintes de diabète dans une petite collectivité isolée des Premières Nations et celle de leurs fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne les soins prodigués	Collaboration ethnographique	Entrevues semi-structurées et observations des participants	Des femmes (6) et des hommes (3) des Premières Nations, de même que des informateurs clés (8), à savoir des membres de la famille des participants, des fournisseurs de soins de santé et des administrateurs des soins de santé	Milieu éloigné et milieu urbain, Manitoba	Le fait de communiquer aux fournisseurs de soins de santé la compréhension qu'ont les patients des soins liés au diabète, tout en éliminant les obstacles institutionnels liés à la prestation des soins, peut conduire à une amélioration des soins liés au diabète et avoir une incidence positive sur l'évolution de la maladie.
Howard et al. <sup>39</sup>	Décrire les expériences des survivants du cancer en milieu rural recevant des soins médicaux et des soins de soutien après le traitement d'un cancer	Méthodes mixtes	Groupes de discussion et questionnaires	Femmes (7) et hommes (4) des Premières Nations, et femmes (34) et hommes (7) non autochtones	Milieu rural et éloigné, Colombie-Britannique	L'inaccessibilité des soins de soutien après le cancer est attribuable à des contraintes financières et géographiques.

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Caractéristiques des études retenues**

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Howell-Jones <sup>28</sup>	Obtenir des descriptions de partenariats fructueux en matière de counseling entre des clients autochtones et des professionnels de la santé mentale non autochtones	Méthode de recherche autochtone et recherche narrative	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Femmes (4) et hommes (3) des Premières Nations	Milieu urbain, Vancouver (Colombie-Britannique)	La capacité des professionnels à aider les clients à comprendre leur appartenance autochtone est l'un des principaux facteurs déterminants d'une bonne relation.
Jacklin et al. <sup>35</sup>	Examiner les expériences en matière de soins de santé des Autochtones atteints de diabète de type 2	Phénoménologie	Groupes de discussion séquentiels semi-structurés	Femmes (20) et hommes (12) métis et des Premières Nations	Milieu urbain et milieu rural en Alberta, milieu urbain et milieu éloigné en Ontario, et milieu rural en Colombie-Britannique	L'expérience des Autochtones a été classée selon quatre thèmes : l'héritage colonial des soins de santé, la perpétuation des inégalités, les obstacles structurels aux soins et le rôle des relations en matière de soins de santé dans l'atténuation des préjudices.
MacDonald et al. <sup>24</sup>	Explorer les expériences de femmes subissant un test de Papanicolaou dans deux collectivités rurales mi'kmaq	Recherche-action participative communautaire et principes autochtones	Cercles de discussion, entrevues semi-structurées et notes de terrain	Femmes des Premières Nations (16)	Milieu éloigné, est du Canada	Les résultats ont fait ressortir la nécessité pour les fournisseurs de soins de santé de comprendre le caractère unique de l'expérience vécue par chaque femme subissant un test de Papanicolaou. Un accent particulier a été mis sur la compréhension de l'incidence des traumatismes historiques, de la violence interpersonnelle et des soins tenant compte des traumatismes pour les Autochtones.
Monchalin et al. <sup>30</sup>	Étudier la perspective des femmes métisses sur leur identité et leur expérience en lien avec les services de santé à Toronto	Méthodologie autochtone	Entrevues semi-structurées	Femmes métisses (11)	Milieu urbain, Toronto (Ontario)	Les résultats montrent que les femmes métisses sont confrontées à une multitude d'obstacles lorsqu'elles reçoivent des services de santé et des services sociaux à Toronto. Des solutions pratiques visant à offrir des soins adaptés à la culture ont également été explorées.
Monchalin <sup>29</sup>	Explorer les expériences de racisme et de discrimination vécues par les femmes métisses lorsqu'elles reçoivent des services de santé et des services sociaux et lorsqu'elles travaillent dans ces domaines	Méthodologie autochtone et théorie féministe	Entrevues semi-structurées et notes sur le terrain	Femmes métisses (11)	Milieu urbain, Toronto (Ontario)	Les femmes métisses sont exposées à de la discrimination raciale (elles sont témoins d'incidents racistes, intériorisent le racisme auquel elles sont exposées ou subissent du racisme) ainsi qu'à de la violence latérale lorsqu'elles ont recours à des services destinés aux autochtones.

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Caractéristiques des études retenues**

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Approche	Méthodologie	Participants (n)	Contexte	Constatations des auteurs
Oelke <sup>25</sup>	Comprendre les processus et les structures nécessaires pour améliorer la prestation de soins de santé primaires à la population autochtone en milieu urbain	Ethnographie, systèmes adaptatifs complexes, recherche-action participative et études de cas	Notes de réunion, entrevues individuelles et de groupe, observation des participants	Utilisateurs de services des Premières Nations et des Métis (158)	Milieu urbain, Calgary (Alberta)	Les conclusions font état des principales lacunes, soit le manque d'accès, le manque de collaboration entre les organisations, le manque de coordination et diverses lacunes liées à la prestation de services (prévention, promotion, santé mentale, enfants, jeunes).
Russell et de Leeuw <sup>26</sup>	Cerner les difficultés et les obstacles auxquels se heurtent les femmes autochtones recevant des soins de santé sexuelle liés au virus du papillome humain et au dépistage du cancer du col de l'utérus	Recherche participative communautaire et méthodologies féministe et antiraciste	Entrevues, questionnaires à questions ouvertes et expression par l'art	Femmes métisses (22)	Milieu éloigné, Colombie-Britannique	Les expériences de victimisation liée au genre, les sentiments de (dés) autonomisation, les circonstances de vie et le manque de sensibilisation étaient les quatre principaux thèmes qui ont eu une incidence sur l'accès des femmes autochtones aux services de santé sexuelle.
Tait Neufeld <sup>31</sup>	Explorer les expériences des femmes autochtones; comprendre les causes, l'évolution, le traitement, l'apparition, la physiopathologie et la prévention du diabète gestationnel	Recherche autochtone exploratoire	Entrevues semi-structurées	Femmes métisses et des Premières Nations (29); fournisseurs de soins de santé et représentants communautaires (25)	Milieu urbain, Winnipeg, Canada	Les participants ont souligné l'accès limité et la qualité des soins prénataux ainsi que l'éducation sur le diabète.
Varcoe et al. <sup>27</sup>	Comprendre les expériences en matière de soins de maternité vécues par les femmes autochtones en milieu rural et les facteurs qui façonnent ces expériences	Approche ethnographique critique et cadre participatif	Observations des participantes, entrevues et groupes de discussion	Femmes (125) et dirigeants communautaires (9) des Premières Nations	Milieu éloigné, Colombie-Britannique	Les participantes ont expliqué que leurs expériences en matière de soins de maternité étaient affectées par la diminution des choix locaux, par le racisme et par des circonstances économiques difficiles

**TABLEAU 4**  
**Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative**

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Prestation de soins exceptionnels (SE)		
Relation (C)		
Vie avec le diabète (SE)	Sentiment de sécurité, être traité comme un membre de la famille	
Les femmes n'avaient pas toutes des préoccupations au sujet de la confidentialité ou de la protection de la vie privée (SE)		
Le rôle de la relation de soins dans l'atténuation des préjudices (SE)	Sentiment d'être écouté et capable de s'exprimer librement, sans jugement	
Soins collaboratifs et continus (SE)		Certaines expériences vécues par les Autochtones lorsqu'ils ont reçu des soins de santé primaires ont été considérées comme étant empreintes de soutien et de respect
Importance de prendre le temps de s'engager (SE)		
Participation active aux décisions en matière de soins de santé (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont offert leur soutien, étaient toujours accessibles et ont pris tout le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble des préoccupations.	
Soutien professionnel (SE)		
Commentaires positifs au médecin local (SE)		
Affirmation de l'identité personnelle et culturelle (SE)		
Prestation de soins culturellement sécuritaires (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont fait preuve de respect envers les clients, leur famille et leur identité culturelle	
Engagement (C)		
« Je pensais que le monde était mauvais » (C)		
Relations positives (SE)		
Réticence à demander des soins (SE)		
La discrimination est une menace pour l'accès continu aux médicaments (C)		
Éconduit par les fournisseurs de soins de santé (SE)		
Stéréotypes racistes (SE)		
Insatisfaction à l'égard des services (SE)	Soins de santé primaires inadéquats ou de mauvaise qualité en raison de stéréotypes négatifs à l'égard des Autochtones	
Conséquences de multiples identités stigmatisées (SE)		
Croyances supplémentaires ayant influencé la décision de prescrire des analgésiques (SE)		
Manque d'empathie (SE)		
Soins équitables (SE)		
Opinions préjudiciables et subjectives (SE)		Les Autochtones ont subi diverses formes de discrimination et de maltraitance qui, le plus souvent, les ont privés de soins de santé primaires adéquats et de qualité, ce qui fait qu'ils sont nombreux à avoir adopté des stratégies d'adaptation pour faire face à ces difficultés.
Exemples de racisme de la part des participants (SE)		
Expériences de racisme (SE)		
Questionnée deux fois de suite au sujet de son identité autochtone (SE)		
Prise pour une personne blanche (SE)		
Marginalisation (SE)		
Situations de vulnérabilité (SE)		
Commentaires racistes (SE)	Comportements discriminatoires	
Notions de supériorité raciale (SE)		
Perpétuation des inégalités (SE)		
Importance d'établir des relations significatives et respectueuses, empreintes de confiance (SE)		
Pas accueillant (SE)		
Racisme (SE)		
Regardaient les gens de haut (SE)		

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative**

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Insensibilité (SE)		
Être jugé (SE)		
Pas de compassion (SE)		
Être informé de façon inhumaine de son diagnostic (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont jugé les clients et ont manqué de compassion	
Valeurs religieuses du médecin (SE)		
Interactions cliniques brèves (SE)		
Victimisation et inconfort (SE)		
Estimait que ses besoins n'étaient pas satisfaits ou qu'elle n'était pas écoutée (SE)		
S'est sentie obligée de quitter sa collectivité (SE)	Sentiment d'être ignoré et besoins négligés	
Ce qu'ils voulaient ou ce dont ils avaient besoin n'a pas été pris en compte (SE)		
Mépris à l'égard de la situation personnelle (SE)		
Retards dans l'accès aux soins (SE)		
Connaissance des antécédents d'un client (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ont des connaissances ou une expertise inadéquates	
Médecin non informé (SE)		
Devrait tenir compte du contexte des personnes, des familles et des collectivités (SE)		
Expériences négatives avec les services destinés aux Autochtones (SE)		
Se transformer pour avoir plus de crédibilité (SE)		
Peur de divulguer (SE)		
Crainte de discrimination (SE)		
Sentiment d'injustice (SE)		
Avantages de ne pas avoir à s'identifier comme une personne autochtone (SE)		
Atténuation des pratiques discriminatoires liées aux soins de santé (SE)		
Surmédication (SE)		
Problèmes de confiance avec les fournisseurs de soins de santé (SE)		
A attendu si longtemps que les symptômes étaient graves (SE)	Adoption de certaines stratégies d'adaptation pour faire face à un traitement discriminatoire ou négatif	
Manque de confiance et de femmes médecins (SE)		
Malaise avec son médecin (SE)		
Hésitation à demander l'aide d'un spécialiste (SE)		
Méfiance à l'égard du fournisseur de soins de santé local (SE)		
Manque de confidentialité (SE)		
Impression d'un manque d'anonymat (SE)		
Atteinte à la vie privée (SE)		
Manque de confidentialité (SE)		
Questions de confidentialité et de protection de la vie privée (SE)		
Confiance envers les fournisseurs de soins de santé de l'extérieur, qui arrivent en avion (SE)		

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative**

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Manque de communication entre les fournisseurs de soins de santé qui se trouvent dans les réserves et ceux qui viennent de l'extérieur (SE)		
La fréquentation d'une clinique sans rendez-vous a eu une incidence sur la continuité des soins reçus (SE)		
La mobilité de la population et la possibilité de consulter immédiatement en cas de besoin (SE)		
Développement d'une relation positive et durable avec un fournisseur de soins de santé (SE)	Continuité des soins limitée ou inexistante	
La mobilité du personnel de soutien (SE)		
Obstacles structurels aux soins (SE)		
Menace à l'égard de la continuité des soins (SE)		
Pénurie de médecins (SE)		
Haut taux de renouvellement du personnel (SE)		
Grande distance (SE)		
Manque de services de soins de santé (SE)		
Manque de ressources adéquates (SE)		
Impossibilité de se fier aux soins médicaux (SE)		
Lacunes dans les soins de santé primaires pour les enfants et les jeunes (SE)	Soins difficiles d'accès	
Manque de services de santé mentale (SE)		
Les efforts nécessaires pour que les Autochtones trouvent des services qui leur sont destinés et puissent s'en prévaloir (SE)		La structure et les pratiques du système de soins de santé primaires font en sorte que les Autochtones font l'expérience de soins inaccessibles et incomplets.
Davantage de fournisseurs de services de santé autochtones (SE)		
Courtes visites chez le médecin (SE)		
Course pour voir le plus de patients possible (SE)	Contraintes de temps constantes	
Contraintes de temps des médecins (SE)		
Longs temps d'attente (SE)		
Pas complètement compréhensif (SE)		
Écart entre les attentes et les services offerts (SE)		
Impression d'être perdu (SE)		
Très peu compréhensif (SE)		
Manque d'appui (SE)		
Manque de temps pour l'éducation (SE)		
Nombre limité de services de promotion de la santé (SE)	Les fournisseurs de soins de santé ne communiquent pas suffisamment et ne font pas preuve de pédagogie en matière de santé	
Services de promotion de la santé (SE)		
Lacunes dans les services de promotion de la santé (SE)		
Financement et services liés aux problèmes des personnes blanches (SE)		
Scepticisme à l'égard des soins de santé et des étrangers (SE)		

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Résultats de la métasynthèse des constatations réalisées dans le cadre de travaux de recherche qualitative**

Constatations	Catégories	Constatations synthétisées
Développement de relations (SE)		
Divulgence appropriée (SE)		
Nécessité d'établir de bonnes relations (SE)	Les fournisseurs de soins de santé doivent faire preuve d'une plus grande empathie	
Offrir des choix (SE)		
Processus de dépistage de l'infection à VIH (SE)		
Manque de confidentialité (SE)		
Dépistage de l'infection à VIH (SE)		
Manque général de respect (SE)		
Implication de la collectivité (SE)		
Connaissance de l'histoire (SE)	L'intégration des soins adaptés à la culture est primordiale	
Mobilisation de la collectivité (SE)		
Espaces plus visibles (SE)		Les patients autochtones ont recommandé de mettre davantage l'accent sur les soins adaptés à la culture et empreints d'empathie, sur le recrutement de fournisseurs de soins de santé autochtones, sur l'accessibilité ainsi que sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé
Importance du design intérieur (SE)		
Points de service destinés aux Métis ou dont le personnel est sensibilisé aux besoins des Métis (SE)		
Scepticisme à l'égard des soins de santé et des étrangers (SE)		
Manque de connaissances et de sensibilisation à l'égard de la culture (SE)	Préconiser le recrutement accru de fournisseurs de soins de santé et de membres du personnel autochtones	
Besoin de personnel autochtone (SE)		
Davantage de médecins autochtones (SE)		
Grande distance (SE)		
Pénurie de médecins (SE)	Grand besoin d'accessibilité en ce qui concerne les soins de santé primaires	
Importance d'avoir un médecin de famille (SE)		
Écart entre les attentes et les services offerts (SE)		
Aide de la part d'infirmières praticiennes (SE)	Plus grand accent sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé	
Lacunes dans les services de promotion de la santé (SE)		
Impression d'être perdu (SE)		
Nombre total de constatations = 130	Nombre total de catégories = 19	

**Abréviations :** C, crédible; SE, sans équivoque.

**TABLEAU 5**  
**Résumé des constatations**

	Constatations synthétisées	Type de recherche	Fiabilité	Crédibilité	Score ConQual
1	Certaines expériences vécues par les Autochtones lorsqu'ils ont reçu des soins de santé primaires ont été considérées comme étant empreintes de soutien et de respect	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé
2	Les Autochtones ont subi diverses formes de discrimination et de mauvais traitements qui, le plus souvent, les ont privés de soins de santé primaires adéquats et de qualité, ce qui fait qu'ils sont nombreux à avoir adopté des stratégies d'adaptation pour faire face à ces difficultés	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé
3	La structure et les pratiques du système de soins de santé primaires font en sorte que les Autochtones font l'expérience de soins inaccessibles et incomplets	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé
4	Les patients autochtones ont recommandé de mettre davantage l'accent sur les soins adaptés à la culture et empreints d'empathie, sur le recrutement de fournisseurs de soins de santé autochtones, sur l'accessibilité et sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé	Qualitative	Élevée	Élevée	Élevé

des personnes vivant dans des milieux urbains et par des personnes vivant dans des milieux ruraux ou éloignés. L'accès à des fournisseurs et à des renseignements fiables a fait une grande différence pour de nombreux participants : de nombreuses femmes des Premières Nations vivant en milieu rural ont déclaré que leurs infirmières en santé communautaire étaient toujours là pour les aider à répondre à leurs besoins en matière de santé<sup>12</sup>.

De plus, les participants autochtones, qu'ils proviennent de milieux urbains ou de milieux ruraux ou éloignés, appréciaient les fournisseurs de soins de santé qui faisaient preuve de respect envers eux, leur famille et leur identité culturelle. Les participants s'attendaient à ce que les fournisseurs offrent des soins adaptés à la culture et à ce qu'ils aient reçu une formation et possèdent des connaissances sur l'histoire, les traditions, les coutumes et les défis des Autochtones. Lorsque ces qualités étaient présentes, les fournisseurs de soins de santé primaires ont été perçus comme étant plus serviables et authentiques. De façon générale, et dans l'ensemble des milieux (urbains, éloignés et ruraux), les participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits ont reçu des soins de santé primaires empreints de soutien et de respect.

### **Deuxième constatation synthétisée : attitudes discriminatoires et maltraitance**

La deuxième constatation synthétisée révèle que les Autochtones ont subi diverses formes de discrimination et de maltraitance qui, le plus souvent, les ont privés de soins de santé primaires adéquats et de qualité, ce qui fait qu'ils sont nombreux à avoir adopté des stratégies d'adaptation pour faire face à ces difficultés. Six catégories et 58 constatations relèvent de cette métasynthèse.

De nombreux participants ont fait part d'expériences où des fournisseurs de soins de santé ont fait des commentaires ou ont eu des comportements discriminatoires. Ils présumaient immédiatement que les patients des Premières Nations, métis ou inuits, qu'ils vivent en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, avaient une dépendance au tabac ou à la drogue, étaient intoxiqués par l'alcool, avaient un partenaire violent ou maltraitaient leurs enfants, et ce, sans aucune justification ou preuve<sup>13-15,25,34,38</sup>. Comme le rapporte une personne inuite exaspérée vivant dans

une collectivité éloignée : « La première chose que la médecin a voulu savoir à mon arrivée à la clinique, c'est si je fume. Est-ce normal? C'est comme si elle suppose que je fume parce que je suis une personne inuite. Je ne pense pas que ce soit juste »<sup>14, p. 293</sup> [traduction]. Une femme des Premières Nations vivant en milieu urbain a également fait le commentaire suivant : « Oh, je ne recevrais pas de soins appropriés si j'en avais besoin, comme si j'avais de la douleur. Ils penseraient que je suis seulement là pour me "geler" »<sup>34, p. 122</sup> [traduction].

Ces stéréotypes négatifs teintaient automatiquement les soins prodigués aux Autochtones, même s'ils ne s'appliquaient pas systématiquement à la situation précise de chaque patient. Par conséquent, ces patients ont été généralement éconduits et renvoyés à la maison sans avoir pu recevoir les soins médicaux dont ils avaient besoin, ce qui a provoqué des complications graves, voire le décès<sup>32</sup>.

De telles situations se sont produites à la fois en milieu urbain et en milieu rural ou éloigné. Comme l'a signalé une personne ayant participé à l'étude de Goodman et ses collaborateurs :

J'avais très mal du côté droit. J'ai consulté une clinique du DTES [Downtown Eastside], et la médecin m'a dit que ça finirait par passer. J'ai dormi, puis, au réveil, j'ai cru que j'allais mourir : j'avais une grande douleur à la poitrine. Un de mes poumons s'était affaibli. Je crois qu'elle pensait que je voulais des analgésiques, mais j'avais vraiment quelque chose.<sup>15, p. 90</sup> [traduction]

Une autre personne membre des Premières Nations ayant participé à l'étude de Fontaine et ses collaborateurs a déclaré ce qui suit :

J'ai perdu [un membre de la famille]. Il buvait vraiment beaucoup. Quoi qu'il en soit, il est tombé malade, et chaque fois qu'il se rendait au poste de soins infirmiers, l'infirmier responsable lui disait : « Oh, tu as une bonne gueule de bois », sans l'examiner. Et il y est allé à peu près trois fois... au moins trois fois, peut-être quatre... je ne sais plus s'il y a eu une quatrième fois. Mais quoi qu'il en soit, on le renvoyait systématiquement à la maison. On lui disait : « Tu

n'as rien. Tu es juste... arrête de boire... tu as une gueule de bois ». En fin de compte, il est mort une nuit... chez lui.<sup>13, p. 5</sup> [traduction]

Outre l'omission délibérée par certains fournisseurs de soins de santé primaires de prodiguer des soins de qualité à des patients autochtones, certains patients ont eu également l'impression que certains fournisseurs de soins avaient une attitude discriminatoire à leur égard. Dans certains cas, dès que des participants des Premières Nations, des Métis ou des Inuits mettaient les pieds dans une clinique, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, ils sentaient qu'ils n'étaient pas les bienvenus et qu'ils se faisaient juger, d'après la façon dont les fournisseurs de soins de santé et le personnel les regardaient et s'adressaient à eux. Cet élément a été abordé de façon plus détaillée dans les interactions subséquentes, comme l'a expliqué une personne frustrée ayant participé à l'étude de Goodman et ses collaborateurs :

Alors [l'infirmière] m'a montré comment [m'injecter], mais elle était tellement désagréable. Elle ne s'est pas montrée conciliante. Elle m'a dit que je devrais savoir comment le faire moi-même. J'ai été traité(e) comme de la merde, et je sais que c'est parce que je suis Autochtone. On le sait tous à cause du regard qu'ils nous jettent... oui, il y a « un regard ». Quand on a besoin de soins médicaux, on le supporte, mais on ne devrait pas avoir à le faire. Nous saignons comme tout le monde, nous accouchons comme tout le monde. Nous n'avons pas le choix...<sup>15, p. 89</sup> [traduction]

Certains participants, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, ont pensé que les attitudes et les jugements négatifs des fournisseurs de soins de santé primaires découlaient de leur manque de compréhension ou de leur indifférence à l'égard des expériences de vie, de l'histoire, des antécédents et des circonstances socioéconomiques et politiques des Autochtones<sup>23,25,37</sup>; toutefois, ce point a surtout été mentionné par les personnes vivant dans des collectivités rurales ou éloignées. Dans certains cas, des femmes des Premières Nations vivant dans des réserves mais obligées de se rendre en ville parce qu'il n'y avait pas de services spécialisés ou d'outils de diagnostic dans

leur collectivité ont régulièrement reçu des amendes pour avoir été en retard ou avoir manqué leur rendez-vous en ville, et ce, même si la raison principale était qu'elles n'avaient pas les moyens de se payer un téléphone ou qu'il y avait des retards dus à la circulation en raison de la longue distance à parcourir<sup>32</sup>. Comme Browne et Fiske l'ont signalé, « l'embarras associé au fait d'être en retard ou de devoir payer une amende pour l'annulation d'un rendez-vous alors qu'elles n'avaient pas l'argent nécessaire a façonné l'expérience vécue par ces femmes et leur a donné l'impression d'être blâmées pour des circonstances sur lesquelles elles n'avaient aucune emprise »<sup>32, p. 138</sup> [traduction libre].

En raison de ces interactions négatives avec les fournisseurs de soins de santé primaires et le système de santé, de nombreux patients autochtones choisissent de ne pas divulguer leur identité culturelle et leurs antécédents médicaux afin d'améliorer leur crédibilité, ou évitent simplement de demander des soins. Certains participants aux études de Goodman et ses collaborateurs<sup>15</sup>, de Monchalin et ses collaborateurs<sup>30</sup> et d'Oelke<sup>25</sup> ont révélé avoir omis de divulguer leur origine autochtone et certains aspects de leurs antécédents médicaux aux fournisseurs de soins de santé primaires, car ils croyaient que cette information ne serait pas bénéfique pour l'obtention des soins dont ils avaient besoin et, pire encore, que cela pourrait donner lieu à des actes discriminatoires. D'autres personnes choisissent de s'habiller ou de se comporter différemment devant les fournisseurs de soins de santé primaires pour obtenir plus de respect<sup>32</sup>. Par exemple, une personne vivant dans une collectivité éloignée des Premières Nations qui avait participé à l'étude de Browne et Fiske a expliqué ce qui suit :

C'est comme si je dois bien m'habiller chaque fois que je vais voir un médecin. Je dois avoir un comportement exemplaire et je dois parler de façon éduquée pour avoir la moindre forme de respect que ce soit... Si j'étais plus malade qu'un chien et que je ne voulais pas parler... que je ne me souciais pas de la façon dont je parlais ou de quoi que ce soit, on me traiterai... comme si j'étais moins que rien. Mais si je m'habille de façon appropriée et que je parle vraiment bien, comme je le fais habituellement, on me traite différemment... Mais pourquoi dois-je faire plus

d'efforts pour avoir le moindre respect? Pourquoi dois-je m'expliquer?<sup>32, p. 135</sup> [traduction]

Dans certains cas, les patients autochtones ont repoussé au maximum le moment des soins afin d'éviter de vivre des expériences traumatisantes ou discriminatoires<sup>15,25</sup>. Ils ont cherché à se faire soigner seulement lorsque leur maladie ou leurs symptômes étaient graves et qu'il n'y avait plus d'autre choix<sup>15,25</sup>. De nombreux participants, à la fois en région urbaine en région rurale ou éloignée, ont admis ne pas faire confiance aux fournisseurs de soins de santé primaires<sup>13,24,26,34</sup>. Par ailleurs, des patients inuits et des Premières Nations vivant dans des collectivités rurales ou éloignées ont exprimé des préoccupations importantes quant à savoir si les fournisseurs de soins protégeaient adéquatement leur vie privée et leur confidentialité<sup>14,22,24</sup>.

Lorsque nous avons comparé les expériences des participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits vivant en milieu urbain de ceux vivant en milieu rural ou éloigné en ce qui concerne les soins de santé primaires, nous avons constaté que les différences étaient très faibles. Comme on l'a vu, de façon analogue aux patients autochtones en milieu urbain, les participants vivant en milieu rural ou éloigné subissent également des attitudes discriminatoires et reçoivent des soins empreints de mépris et de jugement, ce qui les oblige à trouver des stratégies pour composer avec ces mauvais traitements. Il y a toutefois une différence importante sur le plan géographique : elle concerne la crainte d'une atteinte à la protection de la vie privée ou à la confidentialité. Si une participante de l'étude de Bucharski et ses collaborateurs<sup>37</sup>, menée auprès de femmes des Premières Nations et des Métis vivant en milieu urbain, a exprimé des préoccupations au sujet de la protection de la vie privée et de la confidentialité, cette crainte a surtout été mentionnée par de nombreux participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits vivant en milieu rural ou éloigné. Cette préoccupation semble être plus importante dans le cas des personnes vivant dans de petites collectivités très unies, comme c'est souvent le cas dans les milieux ruraux ou éloignés. Ces personnes ont parfois préféré des fournisseurs de soins de santé primaires qui n'étaient pas considérés comme des « locaux », car ceux-ci ne connaissaient aucun membre

de la collectivité ou ne travaillaient que temporairement dans la collectivité<sup>14</sup>.

### **Troisième constatation synthétisée : facteurs liés à la structure et aux pratiques**

La troisième constatation synthétisée concerne les facteurs liés à la structure et aux pratiques du système de soins de santé primaires qui font en sorte que les Autochtones font parfois l'expérience de soins inaccessibles ou incomplets. Quatre catégories et 32 constatations relèvent de cette métasynthèse.

Notre revue nous a permis de constater qu'il y avait une importante pénurie de fournisseurs de soins de santé primaires au Canada. Dans les études que nous avons examinées, les participants autochtones, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, étaient confrontés à des difficultés dans la continuité des soins, à un manque d'accessibilité, à des visites de courte durée et à des lacunes dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé. De nombreux membres des Premières Nations et Métis vivant en ville n'ayant pas de médecin de famille, ils se rendent le plus souvent dans des cliniques sans rendez-vous, où plusieurs médecins se relaient pendant les heures d'ouverture, de sorte qu'ils ne voient pas nécessairement le même médecin à chaque visite<sup>25,35</sup>. Lorsque les consultations sont si courtes, il peut se révéler impossible pour le médecin et le patient d'établir une véritable relation thérapeutique. Cette situation est encore plus problématique dans les collectivités rurales et éloignées, où la mobilité des fournisseurs de soins de santé primaires est importante et où leur recrutement et leur maintien en poste sont difficiles<sup>22,27,32,35</sup>. Certaines personnes membres des Premières Nations ou métisses ayant participé à l'étude de Jacklin et ses collaborateurs « ont eu l'impression qu'une fois que les médecins avaient acquis de l'expérience, ils voulaient davantage d'argent pour rester et, sinon, ils allaient pratiquer ailleurs »<sup>35, p. 109-110</sup> [traduction libre].

Par ailleurs, dans le cas des patients inuits et des Premières Nations vivant en milieu rural ou éloigné, l'accès à certains soins médicaux et services de prévention s'est révélé difficile<sup>12,14,34,39</sup>. Le temps consacré à l'éducation à la santé ou à la promotion de la santé, surtout d'une manière adaptée à la culture, est demeuré minime, voire inexistant. En effet, comme l'a confirmé

une personne ayant participé à l'étude de Fraser et de Nadeau :

Si j'étais diabétique, par exemple, j'aurais besoin d'information sur ce que je peux manger et ce que je dois éviter. Dans le cas de ma grand-mère, on ne lui a jamais dit ce qu'elle pouvait manger et ce qu'elle devait éviter... Il faut donner des exemples aux patients, leur donner des recettes, leur dire de manger moins de sel et de sucre. Par exemple, leur expliquer comment faire du pain bannique, leur dire d'utiliser des spaghettis de blé entier, bref, ce genre d'information sur l'alimentation. Les gens ont besoin d'encouragement.<sup>14, p. 292</sup> [traduction]

Bien qu'il existe du matériel destiné à la promotion de la santé, comme des brochures et des vidéos, les membres des Premières Nations et les Métis ayant participé à l'étude d'Oekle<sup>25</sup> ont souligné l'absence d'enseignements verbaux et visuels adaptés à leur culture. Comme l'a affirmé une autre personne : « Les services de prévention qui sont offerts aux membres des Premières Nations sont le reflet de ce qui est populaire auprès des Blancs. Alors si c'est un problème pour les Blancs, un problème en matière de prévention qui concerne les Blancs, eh bien ce sont les services qui sont offerts »<sup>25, p. 147</sup> [traduction]. De plus, les patients métis et des Premières Nations ont dit de leurs consultations avec les fournisseurs de soins de santé primaires, que ce soit en milieu urbain ou un milieu rural ou éloigné, qu'elles étaient précipitées, qu'il n'y avait jamais assez de temps, qu'il semblait s'agir d'une course pour voir le plus de patients possible et que l'expérience était semblable celle d'une chaîne de montage<sup>23,31,33,35</sup>. Pour cette raison, bon nombre d'entre eux étaient d'avis que leurs besoins et leurs préoccupations n'étaient pas entièrement pris en compte<sup>33,35</sup>.

En ce qui concerne les autres considérations d'ordre géographique, malgré les différences entre les soins de santé primaires offerts en milieu urbain et ceux offerts en milieu rural ou éloigné, la structure et les pratiques relatives à ces soins dans les trois milieux ont eu une incidence similaire sur l'accessibilité des soins pour les Autochtones. Par exemple, en milieu rural ou éloigné, il n'y a pas nécessairement d'hôpitaux ou de soins spécialisés. Ainsi, les fournisseurs de soins de santé primaires

assument généralement un rôle élargi pour offrir des services supplémentaires à la collectivité, ce qui a toutefois ses limites, car certains outils de diagnostic et spécialistes ne sont disponibles que dans les grandes villes<sup>12,14</sup>. Dans les milieux urbains, les membres des Premières Nations et les Métis sont confrontés à des défis comparables en matière d'accessibilité, notamment des lacunes en ce qui concerne les soins de santé primaires destinés aux enfants et aux jeunes et les soins de soutien en santé mentale<sup>25</sup>.

#### **Quatrième constatation synthétisée : recommandations**

La quatrième constatation synthétisée concerne les recommandations des patients autochtones, qui souhaitent que l'on mette davantage l'accent sur la prestation de soins empathiques adaptés à la culture, sur le recrutement de fournisseurs de soins de santé primaires autochtones, sur l'accessibilité et sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Cette dernière métasynthèse a été créée à partir de cinq catégories et de 25 constatations.

De nombreux participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits ont souligné l'importance de la sensibilité culturelle et de l'empathie et ils ont affirmé qu'il était primordial que les fournisseurs de soins de santé primaires et les membres du personnel connaissent l'histoire et les pratiques autochtones<sup>24,33,37</sup>. Ils ont exprimé l'idée selon laquelle seule l'éducation permettrait aux fournisseurs et aux membres du personnel de commencer à faire preuve d'empathie et de respect envers les Autochtones<sup>13,37</sup>. Par ailleurs, selon eux, la sensibilité culturelle ne devrait pas être limitée aux interactions entre les fournisseurs et les patients, mais devrait également être véhiculée par la conception des espaces physiques dans lesquels les soins de santé primaires sont prodigués. Les participants ont indiqué que la présence de symboles ou d'œuvres d'art autochtones sur les murs des cliniques permettrait aux patients de trouver l'environnement plus accueillant<sup>29</sup>.

Les participants ont également proposé qu'un financement accru soit alloué au recrutement de fournisseurs de soins de santé primaires et de membres du personnel, en particulier des personnes ayant des origines autochtones<sup>12,23,25,34-36</sup>. Comme l'a expliqué un participant : « Je pense qu'il doit y avoir plus de médecins et d'infirmières

autochtones... pour que les Autochtones se sentent à l'aise... ou plus de personnes qui connaissent bien la culture autochtone. Ce serait bien si l'endroit était géré par nos gens. »<sup>23, p. 83</sup> [traduction]

En outre, il existe un grand besoin de renforcer l'éducation à la santé et la promotion de la santé dans tous les milieux de soins de santé primaires<sup>14,25,33,35</sup>. Pour être considérées comme bénéfiques, celles-ci doivent également tenir compte du contexte culturel et des difficultés des Autochtones<sup>25</sup>.

Enfin, l'examen des différences géographiques entre les milieux urbains et les milieux ruraux ou éloignés a révélé des nuances mineures. Bien que les recommandations concernant des soins empathiques adaptés sur le plan culturel, le recrutement de fournisseurs de soins de santé primaires autochtones, l'amélioration de l'accessibilité des soins et l'éducation en matière de santé aient été répandues chez les participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ou éloigné, certaines recommandations ont été davantage mises de l'avant dans certains milieux. Par exemple, le besoin de soins empathiques adaptés à la culture et de fournisseurs de soins de santé primaires autochtones a été souligné davantage par les membres des Premières Nations et les Métis vivant en milieu urbain que par ceux vivant dans des collectivités rurales ou éloignées, ces derniers ayant surtout formulé des recommandations concernant l'accessibilité des soins ainsi que l'éducation à la santé et la promotion de la santé.

#### **Analyse**

Cette revue systématique qualitative visait à examiner les expériences vécues par les Autochtones au Canada lorsqu'ils reçoivent des soins de santé primaires, à caractériser les différences entre les régions urbaines et les régions rurales ou éloignées et à dégager des recommandations portant sur l'amélioration de la qualité des soins. Trois grandes constatations synthétisées ont émergé – les expériences empreintes de soutien et de respect, les attitudes discriminatoires et les défis systémiques auxquels sont confrontés les patients autochtones – ainsi qu'une constatation synthétisée à propos des recommandations formulées.

Les expériences divergentes des participants des Premières Nations, des Métis et

des Inuits en matière de soins de santé primaires, caractérisées à la fois par des interactions empreintes de soutien et de respect, des attitudes discriminatoires et des obstacles systémiques, illustrent à quel point la situation est complexe et multiforme. Ces expériences divergentes s'expliqueraient par les diverses interactions qui s'exercent entre les facteurs systémiques, les facteurs institutionnels et les facteurs interpersonnels. Les traumatismes historiques et intergénérationnels causés par la colonisation, l'assimilation forcée et les pensionnats ont un effet durable sur le système de santé et contribuent à la discrimination systémique qui est enracinée dans les politiques et les structures du système de santé au Canada. Ces politiques et structures sont souvent le reflet de préjugés et de stéréotypes historiques qui découlent du colonialisme et des pensionnats. Ces préjugés se manifestent dans des politiques qui ne répondent pas adéquatement aux défis spécifiques en matière de santé auxquels sont confrontés les Autochtones, ce qui entraîne un accès inégal aux ressources et aux services de soins de santé.

En outre, les Autochtones sont peu représentés dans l'élaboration des politiques de santé et dans les instances dirigeantes. En raison de cette absence de perspective, le système de santé ne comprend souvent pas pleinement les besoins en matière de santé des collectivités autochtones et n'en fait pas une priorité, ce qui a pour effet d'éloigner encore davantage ces collectivités du système. Bien que, à l'échelle institutionnelle, certaines organisations aient investi dans des formations sur la sensibilité culturelle et la lutte contre le racisme destinées aux fournisseurs de soins de santé, ce qui est susceptible d'améliorer l'expérience des patients autochtones, il est possible que certains fournisseurs au sein de ces organisations aient conservé des préjugés conscients ou inconscients à l'égard des Autochtones, ce qui peut avoir une incidence négative sur la qualité des soins prodigués.

En somme, la divergence des expériences vécues par les collectivités autochtones en matière de soins de santé primaires découle d'un ensemble de conditions multidimensionnelles qui interagissent à divers niveaux. Bien que les problèmes systémiques, comme la discrimination et le racisme, puissent mener à des expériences négatives, les interventions ciblées et les relations personnelles peuvent parfois

mener à des interactions positives. Par conséquent, les efforts visant à améliorer la prestation de soins de santé primaires aux Autochtones du Canada doivent être exhaustifs, multidimensionnels et adaptés à la culture afin de remédier efficacement à cette situation complexe.

Notre étude révèle que les Autochtones tiennent à ce que les soins qui leur sont destinés soient sûrs, accessibles et respectueux, conformément à leurs droits fondamentaux tels qu'ils sont énoncés dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones<sup>41</sup> et dans les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada<sup>42</sup>. Au Canada, les gouvernements et les secteurs concernés sont loin de répondre à ces appels à l'action<sup>43</sup>, en particulier dans le domaine de la santé. Au rythme actuel, il faudrait attendre jusqu'en 2065 pour répondre à l'ensemble des appels à l'action<sup>43</sup>. Cette lacune est particulièrement évidente dans notre étude : en effet, la plupart des articles que nous avons retenus font état d'une discrimination, d'un racisme et de mauvais traitements considérables à l'encontre des Autochtones. Les deuxième et troisième constatations synthétisées font écho à ces expériences injustes auxquelles les patients autochtones ont été confrontés (et auxquelles ils contiennent potentiellement d'être confrontés).

Selon notre revue, la discrimination et le racisme que vivent les Autochtones ont une incidence négative sur leur bien-être et leur santé de façon globale. Lorsqu'ils reçoivent des soins de santé primaires, ils se sentent souvent mal à l'aise et jugés en raison des stéréotypes négatifs des fournisseurs de soins à leur égard. Les études que nous avons examinées montrent que ces attitudes, ainsi que le mépris et les mauvais traitements dont ils sont la cible, poussent les Autochtones à éviter de se faire soigner, ce qui a pour effet d'exacerber leurs symptômes et d'entraîner potentiellement des complications graves, voire le décès.

Des constatations semblables provenant d'autres études montrent que les Autochtones qui ont été victimes de discrimination et de racisme sont davantage susceptibles d'éviter de recevoir une assistance médicale, ce qui se traduit par des résultats défavorables sur le plan de la santé<sup>3,44</sup>. À preuve, l'espérance de vie des Autochtones est inférieure de cinq ans à celle de la

population générale<sup>3</sup>. De plus, la prévalence des maladies infectieuses, des affections chroniques et des troubles de santé mentale ainsi que les taux de mortalité infantile sont considérablement plus élevés chez les Autochtones du Canada que chez les Canadiens non autochtones<sup>3</sup>. Ces disparités ont été exacerbées pendant la pandémie, en particulier chez les Autochtones vivant dans une collectivité rurale ou éloignée, qui ont contracté la COVID-19 à des taux de trois à quatre fois plus élevés que la moyenne nationale, et même à des taux de sept à huit fois plus élevés pendant certaines semaines<sup>45</sup>.

Dans le cadre de notre revue, nous avons constaté que les participants des Premières Nations, des Métis et des Inuits vivant en milieu rural ou éloigné étaient également plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements et de mépris ou d'avoir des problèmes liés au respect de la vie privée et de la confidentialité et à l'accessibilité<sup>12-15,22,24,34</sup>. Ces problèmes particuliers sont vraisemblablement attribuables au fait que les petites collectivités sont très unies et aux obstacles structurels découlant de la rareté des infrastructures de soins de santé dans ces régions. Même si nous avons recensé 10 études portant sur des régions rurales et éloignées, les constatations concernant les expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires dans ces régions demeurent limitées, de sorte qu'il s'est avéré impossible de réaliser une analyse approfondie des considérations d'ordre spatial. En revanche, l'inclusion de participants provenant de divers contextes géographiques a ajouté une couche de complexité et de richesse aux résultats, ce qui nous permet de comprendre de manière plus nuancée la façon dont le lieu de résidence peut influencer sur les expériences en matière de soins de santé. Par conséquent, il convient de mener davantage de travaux de recherche sur les expériences en matière de soins de santé primaires des Autochtones vivant dans des collectivités rurales ou isolées pour comprendre pleinement les défis auxquels ils sont confrontés.

Dans l'ensemble, les constatations synthétisées présentées dans notre étude soulignent la nécessité urgente de s'attaquer à la discrimination et au racisme qui perdurent, et militent en faveur de la mise en œuvre de changements durables pour éviter que la vie des Autochtones au Canada ne soit davantage menacée.

## Recommandations

Les patients autochtones ont souligné de nombreux problèmes liés aux soins de santé primaires, ce qui a mené à des appels à des changements dans la pratique, les structures et l'élaboration des politiques. Ils ont notamment recommandé de mettre l'accent sur la culture autochtone dans les formations, d'améliorer la communication interculturelle et de prioriser l'éducation pour réduire les expériences négatives, recommandations qui concordent avec les appels à l'action 23 et 24 de la Commission de vérité et réconciliation<sup>42,46</sup>. Malgré une augmentation des formations sur les compétences culturelles et la lutte contre le racisme<sup>47</sup>, il demeure nécessaire d'accroître la rigueur méthodologique et la normalisation de ces formations et d'examiner leurs effets à long terme tout en mettant l'accent sur les partenariats avec les collectivités autochtones<sup>46,48</sup>. Les fournisseurs de soins de santé devraient également pratiquer une certaine forme d'autoréflexion, comme tenir un journal ou méditer, afin d'observer leurs préjugés<sup>49</sup>. Cette approche, alignée sur les principes de l'humilité culturelle, apprend aux fournisseurs de soins à considérer leurs clients comme des experts de leur propre culture, ce qui crée un environnement plus sûr, exempt de jugement, où la voix des patients autochtones est au premier plan<sup>49</sup>.

Cela dit, le changement ne doit pas viser uniquement les pratiques en matière de soins de santé et les fournisseurs. La transformation systémique, en particulier l'augmentation du financement et du soutien aux collectivités autochtones, doit se faire simultanément pour qu'il y ait une impulsion significative en faveur de l'amélioration des soins aux patients. Il y a une pénurie nationale de fournisseurs de soins de santé primaires et de membres du personnel d'origine autochtone, et il faut s'en préoccuper immédiatement. Cela a déjà été souligné dans les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation : « Nous demandons à tous les ordres de gouvernement de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé [et] de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones... »<sup>42, p. 164</sup>. Ces acteurs clés sont indispensables dans tous les secteurs de la société, que ce soit en première ligne, dans le milieu universitaire, en recherche

ou dans le domaine de l'élaboration de politiques<sup>49</sup>. À ce stade, l'inclusion des Autochtones dans tous les secteurs de la société devrait être la norme et non seulement une réflexion que l'on fait après coup.

## Points forts et limites

Cette revue qualitative est la première à porter sur les expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada. Elle constitue un guide précieux pour les décideurs et les fournisseurs de soins de santé, car elle leur permettra de cerner les domaines où des améliorations sont possibles. Ce n'est qu'en intégrant la voix des utilisateurs de services dans les processus liés à l'élaboration des politiques et les interventions en matière de santé que les soins de santé primaires et le système de santé dans son ensemble pourront fournir des services qui répondent véritablement et de manière significative aux besoins des patients et des collectivités. Cependant, les analyses qualitatives ont notamment pour inconvénient de regrouper des résultats qui relèvent de contextes différents, ce qui peut réduire le poids de certains facteurs contextuels importants. Néanmoins, grâce à la méthodologie que nous avons choisie (la méta-agrégation), les pratiques habituelles en matière de recherche qualitative ont été préservées, car le contexte de chaque étude a été conservé et les résultats ont été regroupés en un tout<sup>16</sup>. Nos conclusions s'en trouvent renforcées, de sorte qu'elles pourront mieux guider les décideurs et les fournisseurs de soins de santé.

## Conclusion

Malgré certaines rencontres empreintes de soutien et de respect avec des fournisseurs de soins de santé primaires, la plupart des expériences des Autochtones se sont révélées inadéquates, injustes et caractérisées par des attitudes et des comportements discriminatoires. Il reste certainement du travail à faire avant que le Canada soit en mesure de respecter les cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>7</sup>, qui sont à la base de notre système de santé et devraient s'appliquer à tous les Canadiens sans égard à leur âge, à leur genre, à leur race ou à leurs antécédents culturels<sup>7</sup>. Par conséquent, il incombe aux gouvernements, aux secteurs concernés et aux citoyens de veiller à ce que les Autochtones reçoivent les soins de santé qu'ils méritent.

## Remerciements

Nous remercions M<sup>me</sup> Anita Kiafar pour ses idées et commentaires au cours de la phase initiale de conceptualisation de cette revue systématique. Bien que M<sup>me</sup> Kiafar n'ait pas participé à la rédaction de l'article, ses commentaires pendant les discussions ont été appréciés.

## Financement

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement.

## Conflits d'intérêts

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

## Contribution des auteures et avis

Conception : GB, SA.

Analyse formelle : GB, SA.

Administration de projet : GB.

Conception graphique : GB, SA.

Rédaction de la première version du manuscrit : GB.

Relectures et révisions : GB, SA.

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

## Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Droits humains [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2022 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
2. World Health Organization (WHO). Health inequities and their causes [Internet]. Geneva (CH) : WHO; 2018 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
3. Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Raphael A. Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. 2<sup>e</sup> édition. Oshawa (Ont.) : Faculté des sciences de la santé de l'Université Ontario Tech; 2020.

4. Cookson R, Mondor L, Asaria M, Kringos DS, Klazinga NS, Wodchis WP. Primary care and health inequality: difference-in-difference study comparing England and Ontario. *PLoS ONE*. 2017;12(11):e0188560. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188560>
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Soins de santé primaires [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2021 [modification le 15 nov. 2023; consultation le 4 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
6. Gouvernement du Canada. Le système des soins de santé du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
7. Santé Canada. *Loi canadienne sur la santé* : rapport annuel 2020-2021. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2020-2021/canada-health-act-annual-report-2020-2021-fra.pdf>
8. Hutchison B, Levesque J-F, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*. 2011;89(2):256-288. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>
9. Yangzom K, Masoud H, Hahmann T, Centre de la statistique et des partenariats autochtones. Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 8 déc. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022023005-fra.htm>
10. Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone. L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone; 2019.
11. Jenson J. Thinking about marginalization: what, who and why. Ottawa (Ont.) : Canadian Policy Research Networks, Inc; 2000 [consultation le 3 juil. 2023]. En ligne à : [https://oaresource.library.carleton.ca/cprn/15746\\_en.pdf](https://oaresource.library.carleton.ca/cprn/15746_en.pdf)
12. Burns L, Whitty-Rogers J, MacDonald C. Understanding Mi'kmaq women's experiences accessing prenatal care in rural Nova Scotia. *ANS Adv Nurs Sci*. 2019;42(2):139-155. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000248>
13. Fontaine LS, Wood S, Forbes L, Schultz AS. Listening to First Nations women's expressions of heart health: mite achimowin digital storytelling study. *Int J Circumpolar Health*. 2019;78(1):1630233. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1630233>
14. Fraser SL, Nadeau L. Experience and representations of health and social services in a community of Nunavik. *Contemp Nurse*. 2015;51(2-3):286-300. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1171728>
15. Goodman A, Fleming K, Markwick N, et al. "They treated me like crap and I know it was because I was Native": the healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city. *Soc Sci Med*. 2017;178:87-94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.053> Erratum dans : *Soc Sci Med*. 2017;184:187. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.050>
16. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI manual for evidence synthesis*. Adelaide (AU): Joanna Briggs Institute; 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
17. Barbo G, Sharmin A, Kiafar A. Experiences of Indigenous peoples in Canada with primary health care services: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evid Synth*. 2021;19(9):2398-2405. <https://doi.org/10.1124/JBIES-20-00389>
18. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
19. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Healthc*. 2015;13(3):179-187. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000062>
20. Munn Z, Porritt K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14(1):108. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-108>
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
22. Corosky GJ, Blystad A. Staying healthy "under the sheets": Inuit youth experiences of access to sexual and reproductive health and rights in Arviat, Nunavut, Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2016;75:31812. <https://doi.org/10.3402/ijch.v75.31812>
23. Ghosh H. Diversity, disparity and diabetes: voices of urban First Nations and Métis people, health service providers and policy makers [thèse de doctorat en ligne]. Ottawa : Université d'Ottawa; 2013. En ligne à : [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/24246/4/Ghosh\\_Hasu\\_2013\\_thesis.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/24246/4/Ghosh_Hasu_2013_thesis.pdf)
24. MacDonald C, Martin-Misener R, Steenbeek A, Browne A. Honouring stories: Mi'kmaq women's experiences with Pap screening in eastern Canada. *Can J Nurs Res*. 2015;47(1):72-96. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2476>
25. Oelke ND. A participatory case study of primary healthcare for Aboriginal Peoples in an urban setting [thèse de doctorat en ligne]. [Calgary]: University of Calgary; 2010. En ligne à : <http://hdl.handle.net/1880/104600>
26. Russell VL, de Leeuw S. Intimate stories: Aboriginal women's lived experiences of health services in northern British Columbia and the potential of creative arts to raise awareness about HPV, cervical cancer, and screening. *Int J Indig Health*. 2012;8(1):18-27. <https://doi.org/10.18357/ijih81201212385>

27. Varcoe C, Brown H, Calam B, Harvey T, Tallio M. Help bring back the celebration of life: a community-based participatory study of rural Aboriginal women's maternity experiences and outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:26. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-26>
28. Howell-Jones GE. Counselling First Nations: experiences of how Aboriginal clients develop, experience, and maintain successful healing relationships with non-Aboriginal counsellors in mainstream mental health settings, a narrative study [thèse de doctorat en ligne]. [Vancouver]: University of British Columbia; 2005. En ligne à : <http://hdl.handle.net/2429/18446>
29. Monchalin R. Digging up the medicines: urban Métis women's identity and experiences with health and social services in Toronto, Ontario [thèse de doctorat en ligne]. Toronto : University of Toronto; 2019. En ligne à : <https://hdl.handle.net/1807/97587>
30. Monchalin R, Smylie J, Nowgesic E. "I guess I shouldn't come back here": racism and discrimination as a barrier to accessing health and social services for urban Métis women in Toronto, Canada. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020;16(4):323-331. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00653-1>
31. Tait Neufeld H. Misconceived expectations: Aboriginal women's experiences with gestational diabetes mellitus in the urban context of Winnipeg, Manitoba [thèse de doctorat en ligne]. [Winnipeg]: University of Manitoba; 2010. En ligne à : <http://hdl.handle.net/1993/4141>
32. Browne AJ, Fiske JA. First Nations women's encounters with mainstream health care services. *West J Nurs Res*. 2001;23(2):126-147. <https://doi.org/10.1177/019394590102300203>
33. Hayden LG. Investigating the experience of diabetes care in a First Nations community on the Canadian Prairies [mémoire de maîtrise en ligne]. [Winnipeg]: Université du Manitoba; 2004. En ligne à : [https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/7862/Hayden\\_Investigating\\_the.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/7862/Hayden_Investigating_the.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Gorman E. "HIV...AIDS...It's a piece of cake compared to what I have been through as a woman": toward an understanding of Aboriginal women's experiences with HIV/AIDS [thèse de doctorat en ligne]. Toronto : University of Toronto; 2009. En ligne à : [https://central.bac-lac.gc.ca/\\_item?id=NR52612&op=pdf&app=Library&is\\_thesis=1&oclc\\_number=720807474](https://central.bac-lac.gc.ca/_item?id=NR52612&op=pdf&app=Library&is_thesis=1&oclc_number=720807474)
35. Jacklin KM, Henderson RI, Green ME, Walker LM, Calam B, Crowshoe LJ. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *CMAJ*. 2017;189(3):E106-E112. <https://doi.org/10.1503/cmaj.161098>
36. Bird SM, Wiles JL, Okalik L, Kilabuk J, Egeland GM. Living with diabetes on Baffin Island: Inuit storytellers share their experiences. *Can J Public Health*. 2008;99(1):17-21. <https://doi.org/10.1007/BF03403734>
37. Bucharski D, Reutter LI, Ogilvie LD. "You need to know where we're coming from": Canadian Aboriginal women's perspectives on culturally appropriate HIV counseling and testing. *Health Care Women Int*. 2006;27(8):723-747. <https://doi.org/10.1080/07399330600817808>
38. Barnabe C, Miller J, Teare S, et al. Solution model for enhancing the experiences of urban First Nations and Métis patients accessing and navigating the health system for inflammatory arthritis care. *Int Indig Policy J*. 2019;10(2). <https://doi.org/10.18584/iipj.2019.10.2.3>
39. Howard AF, Smillie K, Turnbull K, et al. Access to medical and supportive care for rural and remote cancer survivors in northern British Columbia. *J Rural Health*. 2014;30(3):311-321. <https://doi.org/10.1111/jrh.12064>
40. Statistique Canada. Classification des centres de population et des régions rurales 2016 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [consultation le 23 nov. 2023]. En ligne à : <https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets/norme/ccpr/2016/introduction>
41. Ministère de la Justice Canada. Déclaration des Nations Unies sur les Droits des peuples autochtones. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020. En ligne à : [https://www.justice.gc.ca/fra/declaration/un\\_declaration\\_FR1.pdf](https://www.justice.gc.ca/fra/declaration/un_declaration_FR1.pdf)
42. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. En ligne à : [https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer\\_la\\_verite\\_reconcilier\\_pour\\_lavenir-Sommaire.pdf](https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf)
43. Jewell E, Mosby I, editors. Calls to action accountability: a 2022 status update on reconciliation. Toronto (Ont.) : Yellowhead Institute; 2022. En ligne à : <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2022/12/TRC-Report-12.15.2022-Yellowhead-Institute-min.pdf>
44. Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto (Ont.) : The Wellesley Institute; 2015. En ligne à : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSC-Updated.pdf>
45. Jewell E, Mosby I. Calls to action accountability: a 2021 status update on reconciliation. Toronto (ON): Yellowhead Institute; 2021. En ligne à : <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2022/03/trc-2021-accountability-update-yellowhead-institute-special-report.pdf>
46. Shepherd SM. Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Med Educ*. 2019;19:14. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
47. Brooks-Cleator LA, Giles AR. A post-colonial discourse analysis of community stakeholders' perspectives on supporting urban Indigenous older adults to age well in Ottawa, Canada. *Int Indig Policy J*. 2020;11(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2020.11.1.9443>

- 
48. Kurtz DL, Janke R, Vinek J, Wells T, Hutchinson P, Froste A. Health sciences cultural safety education in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: a literature review. *Int J Med Educ.* 2018;9:271-285. <https://doi.org/10.5116/ijme.5bc7.21e2>
  49. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado Y. The impact of unconscious bias in healthcare: how to recognize and mitigate it. *J Infect Dis.* 2019;220(Suppl 2):S62-S73. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz214>

## Recherche quantitative originale

# Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance au Canada

Nathaniel J. Pollock, Ph. D. (1, 2); Alexandra M. Ouédraogo, M. Sc. (1); Nico Trocmé, Ph. D. (3); Wendy Hovdestad, Ph. D. (1); Amy Miskie, M.A. (4); Lindsay Crompton, M. Sc. (1); Aimée Campeau, M.A. (1); Masako Tanaka, Ph. D. (1); Cindy Zhang, M.P.H. (1,5); Claudie Laprise, Ph. D. (1,6,7); Lil Tonmyr, Ph. D. (1)

(Publié en ligne le 14 février 2024)

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

### Résumé

**Introduction.** Dans le cadre de l'approche en santé publique en matière de protection de l'enfance, il est essentiel de recueillir des données sur les enfants placés hors de leur foyer familial afin d'évaluer les tendances à l'échelle de la population, de comprendre les facteurs à l'origine des inégalités sociales et de santé et d'analyser les conséquences pour les enfants et les familles. Nous avons analysé des données administratives provenant de l'ensemble du Canada pour décrire la population des enfants placés hors de leur foyer familial, estimer et comparer les taux de placement hors du foyer familial par province ou territoire, année, sexe ou genre, groupe d'âge et type de placement.

**Méthodologie.** Nous avons effectué une analyse transversale des données basées sur des dénombrements ponctuels dans toutes les provinces et tous les territoires pour la période 2013-2014 à 2021-2022. Nous avons utilisé des fréquences et des pourcentages pour décrire la population d'enfants (et de jeunes jusqu'à 21 ans) placés hors de leur foyer familial et nous avons estimé les taux globaux et les ratios de taux.

**Résultats.** Nous estimons qu'au Canada, 61 104 enfants étaient placés hors de leur foyer familial au 31 mars 2022. Le taux national de placement des enfants hors de leur foyer familial était de 8,24 enfants pour 1 000. Les variations de taux par province et territoire étaient importantes et ont changé au fil du temps. Les taux les plus élevés ont été relevés chez les garçons ainsi que chez les enfants de 1 à 3 ans et chez les jeunes de 16 et 17 ans. Si les familles d'accueil sont restées le type de placement le plus courant, le placement dans la parenté a représenté une part croissante des placements.

**Conclusion.** Cette analyse a montré que les données administratives sont utilisables pour produire des indicateurs nationaux sur les enfants encadrés par le système de protection de l'enfance au Canada. Ces données sont utilisables aussi pour mesurer les progrès en matière d'équité sociale et de santé pour les enfants et les jeunes du Canada.

**Mots-clés :** soins alternatifs, services de protection de l'enfance, épidémiologie, famille d'accueil, pédiatrie, surveillance en santé publique, données secondaires, travail social

Article de recherche par Pollock NJ et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Points saillants

- Au Canada, environ 61 104 enfants étaient placés hors de leur foyer familial en 2021-2022, avec un taux national de 8,24 pour 1 000.
- La plupart des enfants placés hors de leur foyer familial (84,3 %) l'étaient en milieu familial, que ce soit en famille d'accueil ou au sein de leur famille élargie (par exemple, les placements dans la parenté).
- Les taux d'enfants placés hors de leur foyer familial étaient variables d'une province et d'un territoire à l'autre, allant de 2,72 à 29,60 pour 1 000 enfants.
- Les données administratives nationales sur la protection de l'enfance sont utilisables pour la surveillance en santé publique.

### Rattachement des auteurs :

1. Équipe d'épidémiologie de la violence familiale, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. School of Arctic and Subarctic Studies, Labrador Campus, Memorial University, Happy Valley-Goose Bay (Terre-Neuve-et-Labrador), Canada
3. École de travail social, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
4. Ministère des services à l'enfance, Gouvernement de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
5. École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. École de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
7. Faculté des sciences de médecine dentaire et de santé orale, Université McGill, Montréal (Québec), Canada

**Correspondance :** Nathaniel J. Pollock, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (ON) K1A 0K9; tél : 613-952-7608; courriel : [nathaniel.pollock@phac-aspc.gc.ca](mailto:nathaniel.pollock@phac-aspc.gc.ca)

## Introduction

Les enfants et les jeunes ont le droit d'être en bonne santé, de recevoir des soins de qualité et d'être protégés contre la violence et la négligence<sup>1</sup>. En vertu de la *Convention relative aux droits de l'enfant des Nations unies*, les gouvernements ont un pouvoir reconnu par la loi pour faire valoir ces droits<sup>1</sup>. Dans de nombreux pays, le recours à la loi pour protéger les enfants relève de la responsabilité des systèmes de protection de l'enfance<sup>2,3</sup>. Au Canada, la législation et les politiques en matière de protection de l'enfance sont principalement élaborées par les gouvernements provinciaux et territoriaux et les services sont principalement fournis par des ministères et des organismes financés par les gouvernements<sup>2,3</sup>. En 2019, une loi fédérale a affirmé les droits inhérents des gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis à exercer leurs compétences en matière de protection de l'enfance pour les enfants autochtones<sup>4</sup>. Les conseils de gouvernance autochtones ont commencé à élaborer des lois, à fournir des services et à restructurer les systèmes de protection de l'enfance afin qu'ils soient autodéterminés et ancrés dans des approches de prise en charge adaptées à la culture<sup>3,4</sup>.

Au Canada, une petite proportion des enfants encadrés par le système de protection de l'enfance est placée hors du foyer familial<sup>5</sup>. Il s'agit des enfants placés dans leur famille élargie, dans des familles d'accueil ou en institution<sup>5-7</sup>. De nombreux pays à revenu élevé recueillent des données administratives destinées à fournir des indicateurs sur les services de protection de l'enfance, dont le nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial<sup>8-12</sup>. L'analyse de ce type de données au niveau national au Canada demeure limitée<sup>13,14</sup>, bien que plusieurs études aient produit des estimations du nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial.

Selon l'*Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* (Enquête HBSC), qui porte sur un échantillon national représentatif d'enfants âgés de 11, 13 et 15 ans, en 2017-2018, 2,4 % des enfants au Canada vivaient en famille d'accueil ou dans un « foyer pour enfants » ou étaient pris en charge par un membre de la famille n'étant pas un parent<sup>15</sup>. En 2019, la

*composante Premières Nations de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (composante PNECI) a révélé que 15 071 enfants (enfants des Premières Nations et enfants non autochtones) avaient été placés hors de leur foyer familial à la suite d'une nouvelle enquête des services de protection de l'enfance<sup>5</sup>. Les estimations calculées sur la base des données du recensement national de 2021 font état de 26 680 enfants de 14 ans et moins placés en famille d'accueil (4,45 enfants pour 1 000)<sup>16</sup>. Des analyses antérieures de données administratives ont estimé que le nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial a atteint un sommet de 64 755 en 2009 (8,8 enfants pour 1 000)<sup>17</sup> et a ensuite diminué à 59 283 (8,2 pour 1 000) en 2019<sup>7</sup>. Bien que chacune de ces sources fournisse un décompte d'un sous-groupe de population d'enfants placés hors de leur foyer familial, elles ne constituent pas des estimations nationales exhaustives en raison de leur objectif, de la conception de l'étude, des définitions utilisées ou de la couverture<sup>7,16,18</sup>.

Les données montrent que les enfants placés hors de leur foyer familial courent un risque plus élevé sur le plan sanitaire, social et éducatif en raison d'expériences négatives, en particulier la maltraitance et la pauvreté vécues au début de leur vie<sup>19</sup>. Le placement d'enfants en milieu familial peut contribuer à réduire les risques de problèmes de santé mentale et d'autres conséquences négatives liées à la maltraitance<sup>20</sup>. Cependant, le fait même d'être placé hors du foyer familial peut avoir des effets indésirables et nocifs tout au long de la vie<sup>19,21,22</sup>, et les enfants placés dans des foyers de groupe ou en institution sont particulièrement exposés à des risques élevés sur le plan développemental, cognitif et social<sup>11,23,24</sup>. La tension entre ces réalités est particulièrement difficile à négocier dans le contexte des politiques et des pratiques de protection de l'enfance au Canada, car les Premières Nations, les Inuits, les Métis, les Noirs et d'autres communautés que les inégalités structurelles ont rendu vulnérables subissent des préjudices disproportionnés du fait d'avoir été encadrés par le système de protection de l'enfance<sup>25-28</sup>.

Dans le cadre de l'approche en santé publique concernant la protection de l'enfance<sup>18,29,30</sup>, des données basées sur la

population au sujet des enfants placés hors de leur foyer familial sont nécessaires pour mesurer l'évolution des tendances, comprendre les facteurs à l'origine des inégalités sociales et de santé et analyser les conséquences sur les enfants et les familles. Ce type de données est utile pour orienter les décisions politiques, les interventions et les initiatives communautaires<sup>13,29,31,32</sup>.

Pour élargir les études antérieures<sup>5,7,16,17,33,34</sup> et renforcer les données probantes épidémiologiques sur les enfants placés hors de leur foyer familial<sup>29</sup>, nous avons analysé les données administratives nationales sur la protection de l'enfance au Canada. Les objectifs étaient : 1) de décrire la population des enfants\* placés hors de leur foyer familial; 2) d'estimer le taux global d'enfants placés hors de leur foyer familial, ainsi que les taux par province ou territoire, année, sexe ou genre, groupe d'âge et type de placement et 3) de comparer les taux par province ou territoire, par sexe ou genre, par groupe d'âge et type de placement.

## Méthodologie

Nous avons effectué une analyse transversale des données du Système canadien d'information sur la protection de l'enfance (SCIFE). Le SCIFE est une base de données administrative nationale créée à partir de données démographiques, cliniques et juridiques régulièrement recueillies et enregistrées dans les systèmes électroniques de gestion des dossiers par le personnel de première ligne dans le cadre de la prestation de services de protection de l'enfance. Après plusieurs années à établir des partenariats et à réaliser une étude de faisabilité<sup>29, 35</sup>, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a élaboré le SCIFE dans le but de combler les lacunes en matière de données sur la protection de l'enfance et d'obtenir des indicateurs de suivi à l'échelle de la population relatifs aux personnes, au lieux et au temps. Les données du SCIFE peuvent être utilisées pour la prise de décision en matière de politiques et de programmes liées au bien-être de l'enfant et de la famille et sont utilisables également pour évaluer l'incidence des modifications législatives, politiques et sociales sur le système de protection de l'enfance.

### Source des données

Le SCIFE regroupe des données de dénombrement (également appelées données

\* Nous faisons référence, ici et ailleurs dans le texte, à des données sur les « enfants » pour des raisons de concision, mais la population à l'étude inclut les jeunes, sauf spécification particulière.

« agrégées ») et des données au niveau de l'enregistrement sur les enfants placés hors de leur foyer familial. Ces données ont été obtenues auprès des 13 ministères provinciaux et territoriaux responsables des services de protection de l'enfance et proviennent de l'une des trois sources suivantes : (1) données agrégées accessibles au public provenant de rapports annuels et de tableaux (« données publiques »); (2) données agrégées sous forme de tableaux personnalisés (« données personnalisées ») et (3) données dépersonnalisées au niveau de l'enregistrement (« données au niveau de l'enregistrement »).

Plusieurs approches ont été utilisées pour rassembler les données du SCIPÉ. Les épidémiologistes de l'ASPC ont créé un formulaire normalisé de collecte de données pour extraire les données de dénombrement et l'information sur les définitions et les paramètres de chaque rapport ou de chaque tableau en ligne en suivant les recommandations du ministère responsable de la protection de l'enfance de chaque province et territoire. Les données obtenues à partir de sources publiques ont été transmises au personnel responsable de l'assurance de la qualité et de la gestion des données dans chaque province et chaque territoire pour révision, correction et validation.

Étant donné que la plupart des ministères provinciaux et territoriaux responsables de la protection de l'enfance ne disposaient pas de données stratifiées, l'ASPC les a invités à fournir des tableaux personnalisés par année, sexe ou genre, groupe d'âge et type de placement en utilisant une version adaptée du formulaire normalisé de collecte de données. Ce formulaire adapté repose sur les définitions et critères d'admissibilité du SCIPÉ ainsi que sur des catégories prédéfinies basées sur des études antérieures<sup>5,36</sup> et intègre des cases pour la description de chaque paramètre. Au cours du processus de validation des données publiques, toutes les provinces et tous les territoires ont été invités à soumettre à l'ASPC, sur une base volontaire, des données personnalisées comme solution de rechange améliorée.

Les données au niveau de l'enregistrement des Territoires du Nord-Ouest ont été obtenues dans le cadre d'une entente d'échange de données entre le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et l'ASPC. L'entente a été élaborée à la fois

pour une initiative sur les données régionales (le projet de données pan-territoriales)<sup>29</sup> et pour le SCIPÉ; cette entente a permis le transfert des données dépersonnalisées à l'ASPC et l'utilisation de données à des fins statistiques. Puisque les données publiques sur les enfants du territoire placés hors de leur foyer familial se fondaient sur le total de l'année financière, l'ASPC et le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ont agrégé les données au niveau de l'enregistrement afin de générer un dénombrement ponctuel stratifié. Cette étape a aidé à harmoniser les données pour l'analyse nationale et à améliorer la comparabilité des taux de ce territoire avec ceux des autres provinces et territoires.

De façon globale, le SCIPÉ intègre les données publiques de six provinces et territoires et de Services aux Autochtones Canada (SAC), les données personnalisées de cinq provinces, un mélange de données publiques et personnalisées pour une province et les données au niveau de l'enregistrement pour un territoire. La couverture de chaque province et de chaque territoire varie selon les années, les caractéristiques sociodémographiques et le type de placement (tableau 1). Les données des organismes autochtones de protection de l'enfance n'ont été incluses dans le SCIPÉ que si elles avaient été systématiquement collectées et transmises par une instance provinciale ou territoriale ou par SAC. Les données de toutes les provinces et de tous les territoires comprennent les enfants des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cependant, pour la présente analyse, nous n'avons pas calculé les taux d'enfants placés hors de leur foyer familial spécifiques aux peuples autochtones car nous n'avons pas l'autorisation des partenaires autochtones et provinciaux et territoriaux, et aussi parce que, pour la plupart des provinces et territoires, nous n'avons pas accès aux données distinctives. Toutes les données du SCIPÉ sont considérées comme des « données secondaires » dans la mesure où l'information source a été fournie à l'origine pour la prestation de services et non pour les statistiques démographiques. Le SCIPÉ est mis à jour lorsque des données supplémentaires provenant des provinces et territoires participants sont communiquées à l'ASPC.

Pour notre analyse, nous avons extrait les données du SCIPÉ pour les années financières 2013-2014 à 2021-2022 (du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2022 inclus), dans la mesure où elles étaient disponibles. La

plupart (99,64 %) des données utilisées dans cette analyse proviennent de dénombrements de données agrégées publiques ou de tableaux personnalisés. Les résultats de cette analyse peuvent être différents des informations publiées par les provinces et les territoires (voir tableau 1) en raison des différences entre la définition nationale du placement hors du foyer familial et les définitions utilisées dans chaque province et territoire.

### **Définition des enfants placés hors de leur foyer familial**

Dans le SCIPÉ, on entend par « enfant placé hors de son foyer familial » un enfant qui est placé, quelles qu'en soient la raison et la durée, dans un environnement autre que celui de son foyer familial habituel. En raison des différences de législation, de financement et de politique, les paramètres spécifiques d'admissibilité au placement sont variables d'une province ou d'un territoire à l'autre<sup>2,3,37</sup>. Conformément aux approches mondiales en matière de statistiques sur le « placement alternatif » des enfants<sup>6,10,12</sup>, le SCIPÉ s'appuie sur une définition large du placement hors du foyer familial, de manière à inclure les enfants placés de manière formelle comme informelle, quel que soit leur statut juridique et que ce soit en milieu familial, avec prise en charge de groupe ou dans un autre milieu.

Dans le cas des données du SCIPÉ, l'âge de couverture comprend, mais est plus large que, l'âge légal de protection, qui va de la naissance à moins de 16 ans ou jusqu'à moins de 19 ans<sup>2</sup>. Certains jeunes bénéficient de services de placement dans le cadre d'accords volontaires qui peuvent aller jusqu'à leurs 25 ans<sup>2</sup>. Nous avons tenu compte de ces différences en faisant correspondre les paramètres d'âge des données de population (dénominateur) à l'âge de couverture propre à la province ou au territoire (tableau 1) pour les dénombrements (numérateur) et en limitant l'analyse globale et stratifiée aux dénombrements rapportés par au moins quatre provinces et territoires.

Comme dans d'autres systèmes de données sur la protection de l'enfance<sup>6,8,10,38,39</sup>, les données du SCIPÉ sont basées sur des dénombrements ponctuels. Pour chaque année financière, les enfants placés hors de leur foyer familial n'ont été recensés que s'ils étaient placés au 31 mars<sup>7</sup>. Pour les trois provinces, soit l'Île-du-Prince-Édouard,

**TABLEAU 1**  
Couverture des données du SCIPÉ par province et territoire, Canada, 2013-2014 à 2021-2022

Instance décisionnelle ou ministère	Type de données <sup>a,b</sup>	Données les plus récentes utilisées	Nombre d'années de données utilisées, n	Type de dénombrement (date du dénombrement)	Groupe d'âge (années) <sup>c</sup>	Sexe ou genre + groupe d'âge <sup>d</sup>	Type de placement	Estimation de la couverture de la population (%)	Instances non incluses dans la couverture des données
Terre-Neuve-et-Labrador	Personnalisées	2021-2022	9	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–21	Oui	Oui	100	s.o.
Île-du-Prince-Édouard	Publiques	2020-2021	4	Année financière complète	0–17	Non	Non	100	s.o.
Nouvelle-Écosse	Personnalisées	2021-2022	9	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–20	Oui	Oui	100	s.o.
Nouveau-Brunswick	Personnalisées	2021-2022	9	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–18	Oui	Oui	Inconnu	10 organismes des Premières Nations
Québec	Publiques	2021-2022	5	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–17	Non	Oui	Inconnu	10 organismes des Premières Nations
Ontario	Personnalisées	2021-2022	3	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–17	Partiel	Oui	Inconnu	13 organismes des Premières Nations
Manitoba	Publiques	2021-2022	9	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–17	Non	Oui	100	s.o.
Saskatchewan	Publiques	2021-2022	9	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–21	Non	Non	Inconnu	17 organismes des Premières Nations
Alberta	Personnalisées	2021-2022	9	Moyenne mensuelle ponctuelle	0–17	Oui	Oui	100	s.o.
Colombie-Britannique	Publiques et Personnalisées	2021-2022	9	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–18	Non	Non	100	s.o.
Yukon	Publiques	2021-2022	5	Dénombrement ponctuel (30 septembre)	0–25	Non	Oui	100	s.o.
Territoires du Nord-Ouest	Au niveau de l'enregistrement	2021-2022	5	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–18	Oui	Oui	100	s.o.
Nunavut	Publiques	2021-2022	9	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–18	Partiel	Oui	100	s.o.
Services aux Autochtones Canada <sup>f</sup>	Publiques	2019-2020	1	Dénombrement ponctuel (31 mars)	0–17	Non	Non	Inconnue	Territoires du Nord-Ouest; Nunavut

Notes à la page suivante

---

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Couverture des données du SCIPÉ par province et territoire, Canada, 2013-2014 à 2021-2022**

**Abréviations :** SCIPÉ, Système canadien d'information sur la protection de l'enfance; s.o., sans objet.

<sup>a</sup> Les sources de données publiques suivantes ont été consultées ou incluses dans le SCIPÉ (les liens ont été consultés pour la dernière fois le 18 décembre 2023) :

- Terre-Neuve-et-Labrador (<https://www.gov.nl.ca/cssd/files/FINAL-Stats-Q4-March-31-2021-Protection-and-In-Care.pdf>);
- Île-du-Prince-Édouard ([https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/child\\_protection\\_act\\_review.pdf](https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/child_protection_act_review.pdf));
- Nouvelle-Écosse (<https://beta.novascotia.ca/government/community-services/corporate-reports>);
- Nouveau-Brunswick ([https://legnb.ca/content/house\\_business/60/1/tables\\_documents/6/Through%20Their%20Eyes.pdf](https://legnb.ca/content/house_business/60/1/tables_documents/6/Through%20Their%20Eyes.pdf));
- Québec (<https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/documentation/publications/bilan-des-dpj-au-quebec>);
- Ontario (<https://www.oacas.org/fr/sae-et-protection-de-lenfance/faits-et-chiffres/>);
- Manitoba ([https://www.gov.mb.ca/fs/about/annual\\_reports.html](https://www.gov.mb.ca/fs/about/annual_reports.html));
- Saskatchewan (<https://publications.saskatchewan.ca/#/categories/230>);
- Alberta (<https://www.alberta.ca/child-intervention-statistics>);
- Colombie-Britannique (<https://mcfed.gov.bc.ca/reporting/services/child-protection/permanency-for-children-and-youth/performance-indicators/children-in-care>);
- Nunavut (<https://assembly.nu.ca/sites/default/files/2023-06/Family%20Wellness%20Director%27s%20Annual%20Report-FINAL.pdf>);
- Territoires du Nord-Ouest (<https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/2021-2022-cfs-director-report.pdf>);
- Yukon ([https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/cfsa\\_annual\\_report\\_2020-2022.pdf](https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/cfsa_annual_report_2020-2022.pdf));
- Services aux Autochtones Canada (<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1100100035204/1533307858805>).

<sup>b</sup> Les données de l'Ontario ont été fournies par l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, un organisme qui n'est pas un service gouvernemental.

<sup>c</sup> L'âge de la couverture est plus élevé que l'âge légal de protection et est variable d'une province ou d'un territoire à l'autre. L'âge légal de protection va généralement de la naissance à moins de 16 ans ou à moins de 19 ans.<sup>2</sup>

<sup>d</sup> Les données de l'Ontario fournissent des données stratifiées par groupe d'âge pour les enfants « placés » et en « prise en charge conforme aux traditions »; les données stratifiées par groupe d'âge pour les enfants placés dans des « services liés à la parenté », soit 35,9 % des enfants pris en charge hors de leur foyer familial en Ontario au 31 mars 2022, n'étaient pas disponibles pour une analyse par groupe d'âge dans le SCIPÉ. Les données stratifiées par sexe ou genre de l'Ontario n'ont pas été incluses dans le SCIPÉ. Les données stratifiées par groupe d'âge du Nunavut n'ont pas été incluses dans l'analyse par groupe d'âge mais les données stratifiées par sexe ou genre ont été incluses dans l'analyse par sexe ou genre.

<sup>e</sup> Les données de toutes les provinces et tous les territoires comprennent les placements au sein de la famille élargie, les prises en charge conformes aux traditions, les prises en charge ou les services fournis par la parenté, foyers des personnes avec un lien familial fiable et les autres types de placement formels et informels en lien avec la parenté. Cependant, les données peuvent ne pas inclure tous les enfants relevant de ces placements, car les enfants placés de manière informelle et volontaire auprès de membres de la famille élargie ou de membres de la communauté peuvent ne pas avoir été inclus dans certaines provinces ou certains territoires. Les données sur les placements dans la parenté n'ont pas pu être ventilées systématiquement par province ou territoire.

<sup>f</sup> Les données de Services aux Autochtones Canada correspondent aux enfants placés hors de leur foyer familial dont les parents ou gardiens étaient « habituellement des résidents vivant dans une réserve » et dont le placement a été effectué sous l'autorité des organismes de services à l'enfance et à la famille des Premières Nations ou d'un ministère provincial ou territorial là où ces organismes des Premières Nations n'étaient pas présents, comme au Yukon et à Terre-Neuve-et-Labrador. Les enfants des Premières Nations dont les parents ou les tuteurs vivent « hors réserve » ne sont pas couverts.

l'Alberta et le Yukon, qui n'ont pas complété de dénombrement au 31 mars, nous avons utilisé d'autres dénombrements comme approximation du dénombrement au 31 mars.

### Variables

Nous avons analysé les données sur les enfants placés hors de leur foyer familial en fonction de cinq variables : province ou territoire, année, sexe ou genre, groupe d'âge et type de placement. La variable « province ou territoire » réfère aux provinces et territoires qui ont soumis des données au SC�PE. Pour la plupart des enfants, il s'agit de la province ou du territoire où ils ont été placés. La variable « année » fait référence à l'année financière, soit du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars.

Le SC�PE ne fait pas la distinction entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre parce que ces distinctions n'étaient pas présentes dans les données fournies par les provinces et les territoires. Pour notre analyse, nous avons mentionné « sexe ou genre » et nous avons effectué une stratification par sexe féminin et masculin. Pour la variable « groupe d'âge », nous avons utilisé les catégories moins de 1 an (de 0 à 11 mois; nourrissons), de 1 à 3 ans, de 4 à 7 ans, de 8 à 11 ans, de 12 à 15 ans, de 16 et 17 ans et de 18 à 21 ans (jusqu'à 25 ans au Yukon). L'âge de l'enfant ou du jeune correspond à son âge à la date du dénombrement (soit le 31 mars dans la plupart des provinces et territoires, voir le tableau 1).

En nous appuyant sur des analyses antérieures réalisées au Canada<sup>5</sup> et à l'étranger<sup>10-12,38</sup>, nous avons utilisé quatre catégories de type de placement : placement dans la parenté, placement en famille d'accueil, prise en charge de groupe et autre placement. Les placements dans la parenté et en famille d'accueil correspondent à un placement en milieu familial. Ces catégories diffèrent des conventions de dénomination utilisées dans certaines provinces, certains territoires et certaines communautés et la nomenclature des configurations correspondant à la résidence des enfants placés hors de leur foyer familial évolue au fur et à mesure que les prestataires de services développent un plus large éventail d'options de placement. Notre terminologie reflète les principales catégories actuellement utilisées dans la plupart des provinces et territoires (tableau 2).

### Analyse statistique

Nous avons utilisé des fréquences et des pourcentages pour décrire la population des enfants placés hors de leur foyer familial. Nous avons calculé les taux globaux et par province ou territoire, année, sexe ou genre, groupe d'âge et type de placement. En nous appuyant sur des données plus détaillées provenant de provinces et de territoires sélectionnés, nous avons pu effectuer certaines analyses stratifiées.

Les taux ont été estimés en divisant le nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial au 31 mars par le nombre total d'enfants dans une population donnée. Les données de population ont été obtenues à partir des estimations intercensitaires<sup>40</sup> annuelles de Statistique Canada et intègrent certains paramètres spécifiques à une province ou un territoire pour la tranche d'âge afin de tenir compte des variations de couverture pour chaque province et territoire concerné (tableau 1). Tous les taux ont été calculés avec des intervalles de confiance (IC) à 95 %, à l'aide de la méthode exacte<sup>41</sup>.

Pour l'analyse de sensibilité, nous avons regroupé les données des provinces et territoires et celles de SAC. Nous n'avons pas pu déceler ou exclure les enfants qui figuraient à la fois dans les données provinciales et territoriales et dans les données de SAC. Cependant, ce regroupement des sources nous a permis d'inclure des données supplémentaires sur les enfants pris en charge par les organismes des Premières Nations dans quatre provinces qui n'étaient pas couvertes par ailleurs (tableau 1) et de pouvoir fournir une estimation du taux national maximal de placement hors du foyer familial. Les données publiques de dénombrement de SAC n'étaient disponibles qu'au niveau national.

Pour effectuer les comparaisons, nous avons calculé des ratios de taux [RT] avec des IC à 95 % et nous avons utilisé le taux national avec et sans les données de SAC comme référence. Cette analyse a été réalisée à l'aide du Enterprise Guide de SAS version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

### Éthique

Cette analyse a été approuvée par le Comité d'examen des projets scientifiques de l'ASPC et a fait l'objet d'une évaluation des répercussions sur la vie privée par

Santé Canada et l'ASPC. La base législative utilisée pour élaborer et analyser les données du SC�PE est fournie par l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé*<sup>42</sup> et par l'article 3 de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*<sup>43</sup>. Notre analyse n'a pas eu besoin de l'approbation du comité d'examen éthique conformément à l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*<sup>44</sup> car nous avons utilisé des données pour la surveillance en santé publique.

Pour respecter les lignes directrices sur la recherche et les normes pour la gouvernance des données dans les communautés autochtones<sup>44-48</sup>, nous avons commencé à agir pour comprendre les priorités des organismes autochtones afin de développer les données du SC�PE et de conduire l'analyse. Nous avons pour cela invité des représentants des organismes autochtones nationaux à se joindre au groupe de travail de l'ASPC qui supervise le SC�PE (voir la section « Remerciements »), nous avons assuré la liaison avec les groupes ou réseaux déjà en place impliqués dans la gouvernance des données sur la protection des enfants autochtones, nous avons organisé des séances de mobilisation avec des organismes autochtones afin de comprendre comment le SC�PE peut répondre aux besoins en matière de données fondées sur l'identité autochtone et peut être régi par des partenariats multilatéraux et enfin nous avons transmis les mises à jour et sollicité des commentaires sur les activités liées au SC�PE par le biais de présentations, de réunions et la révision des résultats préliminaires et des documents provisoires. Les efforts déployés pour établir des partenariats avec les organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis se poursuivent.

### Résultats

Nous estimons que 61 104 enfants étaient placés hors de leur foyer familial au cours de l'année financière 2021-2022 au Canada (tableau 3). Le taux national d'enfants placés hors de leur foyer familial était de 8,24 pour 1 000. Avec l'inclusion des données de SAC dans le calcul, cette estimation est passée à 70 434 enfants, soit un taux de 9,50 pour 1 000. La différence de taux entre les estimations était de 1,26 pour 1 000 (IC à 95 % : 1,16 à 1,36) et la différence de pourcentage est de 14,2 %.

**TABEAU 2**  
**Définitions des types de placement dans le SCICE**

Type de placement	Définition	Exemples du type de placement	Considérations particulières
Placement dans la parenté	Un <i>placement dans la parenté</i> est un type de placement en milieu familial où la personne qui s'occupe de l'enfant a un lien étroit avec lui, sa famille ou sa communauté culturelle. Les placements « informels » auprès de membres de la famille concernent, entre autres, les enfants dont le statut juridique n'a pas changé (c'est-à-dire que les parents/tuteurs conservent la garde légale), mais où l'enfant est placé auprès d'un membre de la famille élargie ou d'un membre de confiance de la communauté (comme dans le cas de la <i>prise en charge conforme aux traditions</i> ) en cas d'urgence ou à titre temporaire, dans des conditions volontaires ou sur ordonnance judiciaire. Les placements « formels » auprès de la parenté correspondent généralement à un placement auprès de membres de la famille élargie ou de personnes s'occupant de l'enfant ayant suivi un processus d'évaluation, de formation et d'approbation officielle semblable à celui des familles d'accueil. Les placements formels et informels au sein de la parenté et de la famille élargie sont classés dans les don- nées du SCICE comme des placements dans la parenté.	Personnes avec un lien familial fiable  Placement avec un membre de la famille élargie par ordonnance d'un tribunal ou par entente (mais la garde légale reste aux parents)  Prise en charge conforme aux traditions  Placement officiel en famille élargie  Service ou placement fourni par la parenté  Foyer provisoire  Foyer d'accueil auprès d'un membre de la parenté  Lieu de sécurité	Quelques provinces et territoires, comme la Saskatchewan, n'utilisent pas le terme <i>parenté (kinship)</i> sous aucune forme (placement dans la parenté [ <i>kinship care</i> ], foyer relevant de la parenté [ <i>kinship home</i> ], service fourni par la parenté [ <i>kinship service</i> ], etc.) lorsqu'il est fait référence à un type de placement.  Dans certaines provinces et certains territoires, les placements dans la parenté sont des placements formels qui entraînent une modification du statut de la garde légale de l'enfant, ce que le placement avec un membre de la famille élargie n'est pas.  La prise en charge conforme aux traditions est un type de placement propre aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Il s'agit généralement d'un placement volontaire au sein ou à proximité de la communauté d'origine, auprès de la famille élargie ou d'un autre membre de la communauté. L'objectif de la prise en charge conforme aux traditions est de favoriser la connexion de l'enfant à sa culture et à sa langue.
Famille d'accueil	Une <i>famille d'accueil</i> est aussi un placement en milieu familial. Ce type de prise en charge implique généralement la présence d'une ou de deux personnes principales s'occupant de l'enfant et qui ne sont pas apparentées à lui (ne sont pas membres de sa famille). Sauf dans le cadre de certaines ententes particulières avec des centres résidentiels avec parent d'accueil, des établissements sous contrat et des foyers de traitement, les personnes s'occupant de l'enfant et les enfants vivent en résidence privée. Les foyers d'accueil constituent un placement officiel et les parents ou les personnes responsables auxquels on va confier l'enfant font l'objet d'un processus de sélection, de formation et d'approbation ou d'autorisation. Les personnes s'occupant de l'enfant ne sont généralement pas rémunérées mais reçoivent une aide financière pour couvrir les frais de subsistance de chaque enfant placé dans leur foyer.	Famille d'accueil  Foyers de traitement  Enfant qui habite dans un centre résidentiel avec un parent d'accueil, ou en établissement sous contrat  Famille d'accueil spécialisé	Certains territoires, comme le Yukon, n'utilisent plus les termes de <i>famille d'accueil</i> ou de <i>foyer d'accueil</i> , mais plutôt de <i>parent d'accueil</i> .
Prise en charge de groupe	La prise en charge de groupe se décline en deux sous-types principaux : les <i>foyers de groupe</i> et les <i>centres de traitement</i> . Un <i>foyer de groupe</i> est souvent une grande maison avec plusieurs enfants, où les personnes qui s'occupent d'eux sont des employés rémunérés, par exemple des intervenants auprès des enfants et des jeunes. Les foyers de groupe peuvent être administrés par l'autorité chargée d'assurer les services d'aide à l'enfance, par une ressource sous contrat telle qu'un organisme à but non lucratif, caritatif ou religieux, ou par une entreprise à but lucratif.  Un <i>centre de traitement</i> désigne tout placement dans un cadre institutionnel ou collectif spécialisé, souvent en milieu fermé, par exemple un centre de traitement sur campus ou un hôpital, qui donne accès à un soutien et à des interventions thérapeutiques pour des problèmes comportementaux, sociaux, de développement, de santé mentale, de toxicomanie ou de santé physique.	Foyer de groupe  Traitement résidentiel  Centre de traitement  Traitement en milieu fermé  Hôpital	s.o.

Suite à la page suivante

**TABEAU 2 (suite)**  
**Définitions des types de placement dans le SCICE**

Autre placement	Il arrive que des enfants soient placés dans d'autres environnements, généralement à titre temporaire ou transitoire. Ce petit sous-ensemble de placements est le plus souvent utilisé pour offrir une compensation en présence de certaines circonstances telles qu'un accès local limité à des services de soutien spécialisés ou des limites dans les disponibilités en matière de placement approuvé hors du foyer familial.	En dehors de la province ou du territoire Résidence en conditions semi-indépendantes Hôtel/motel Refuge Placement à l'essai pour adoption	Dans certaines provinces et certains territoires, les données sur les types de placement comme les résidences en conditions autonomes et semi-indépendantes, les placements en dehors de la province ou du territoire et le placement à l'essai pour adoption n'ont pas été incluses ou n'ont pas été désagrégées.  Dans les Territoires du Nord-Ouest, les placements à l'extérieur du territoire n'ont pas été différenciés des placements au sein du territoire, et par conséquent ont été inclus dans la catégorie « autre » seulement si le placement de l'enfant ne constituait pas un placement en famille ou une prise en charge de groupe.
-----------------	--	---	---

**Abréviations :** SCICE : Système canadien d'information sur la protection de l'enfance; s.o., sans objet.

Les taux d'enfants placés hors de leur foyer familial en 2021-2022 sont variables d'une province ou d'un territoire à l'autre (tableau 3, figures 1 et 2). Les taux les plus bas ont été relevés en Ontario (2,72 pour 1 000) et en Nouvelle-Écosse (5,98 pour 1 000) et les plus élevés au Manitoba (29,60 pour 1 000) et au Nunavut (20,06 pour 1 000). Au cours de la période correspondant aux années financières 2013-2014 à 2021-2022, les taux ont diminué au Manitoba et en Colombie-Britannique, ont augmenté à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, au Québec et en Saskatchewan et sont restés relativement stables dans les autres provinces et territoires (figure 1).

Les taux provinciaux et territoriaux étaient deux à trois fois plus élevés que le taux national au Yukon, en Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Manitoba et étaient plus bas au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et en Ontario (tableau 3; figure 2). L'ampleur des disparités varie en fonction de l'estimation du taux national qui a été utilisée.

Parmi les six provinces et territoires disposant de données sur le sexe ou le genre, les garçons représentaient 52,4 % des enfants placés hors de leur foyer familial en 2021-2022 (tableau 3). Le taux d'enfants placés hors de leur foyer familial était légèrement plus élevé pour les garçons que pour les filles (ratio des taux de 1,05; IC à 95 % : 1,01 à 1,09).

Parmi les six provinces et territoires disposant de données par groupe d'âge, les jeunes de 12 à 15 ans avaient le pourcentage le plus élevé (23,3 %) d'enfants

placés hors de leur foyer familial (tableau 3). Parmi tous les enfants placés hors de leur foyer familial en 2021-2022, 84,7 % avaient moins de 16 ans. Les taux les plus élevés correspondaient aux enfants de 1 à 3 ans et aux jeunes de 16 et 17 ans, et ils étaient légèrement mais significativement plus élevés (RT = 1,44 et 1,26 respectivement) que chez les nourrissons.

Parmi les dix provinces et territoires disposant de données sur le type de placement en 2021-2022, le placement en milieu familial concernait 84,3 % des enfants placés hors de leur foyer familial, la plupart de ces placements étant en famille d'accueil. La prise en charge de groupe correspondait à 11,3 % des placements (tableau 3). Selon les données de neuf provinces et territoires, au cours des cinq ans allant des années financières 2017-2018 à 2021-2022, le pourcentage global d'enfants placés en famille d'accueil a diminué et le pourcentage d'enfants placés au sein de leur parenté a augmenté (figure 3).

### Analyse

Nous avons utilisé les données administratives nationales de la protection de l'enfance pour étudier les taux d'enfants placés hors de leur foyer familial au Canada. Nous estimons que 61 104 enfants étaient placés hors de leur foyer familial en 2021-2022 (sans intégration des données de SAC). Les taux étaient significativement supérieurs au taux national dans neuf provinces et territoires et significativement inférieurs dans trois, avec de légères variations lorsque le taux national de référence intégrait les données de SAC (figure 2). Les estimations canadiennes les plus basses (8,24 pour 1 000) et les plus hautes (9,50

pour 1 000) du SCICE sont similaires au taux d'enfants placés hors de leur foyer familial en Australie (8,1 pour 1 000 en 2020)<sup>8</sup>, plus élevées que le taux aux États-Unis (5,8 pour 1 000 en 2019)<sup>39</sup> et dans la même fourchette que plusieurs pays en Europe et en Asie centrale (1 à 21 par 1 000 en 2021)<sup>10,38</sup>.

Le taux d'enfants placés hors de leur foyer familial en 2021-2022 n'intégrant pas les données de SAC (8,24 pour 1 000) est comparable aux estimations antérieures de 2009-2010 (8,8 pour 1 000)<sup>17</sup> et de 2019-2020 (8,2 pour 1 000)<sup>7</sup> fondées sur des sources de données similaires. Cependant, notre estimation intégrant les données de SAC (9,50 pour 1 000) suggère que ce taux a augmenté ou a été sous-estimé antérieurement. Ces résultats contrastent avec la baisse du taux d'enfants placés en famille d'accueil fourni par les données du recensement : de 4,93 pour 1 000 en 2016 à 4,45 pour 1 000 en 2021<sup>16</sup>. Les données de la composante PNECI ont montré une tendance quelque peu différente, avec une augmentation des taux de placement entre 1998 et 2008 (de 2,67 à 3,26 pour 1 000)<sup>36</sup> puis une baisse entre 2008 et 2019 (2,59 pour 1 000). À l'échelle provinciale et territoriale, les taux sont variables au fil du temps d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les facteurs à l'origine de cette hétérogénéité spatiale et à travers les sources de données ne sont pas clairs et méritent une analyse plus approfondie.

Le taux d'enfants placés en milieu familial en 2021-2022 (6,15 pour 1 000) selon le SCICE était dans une certaine mesure comparable à l'estimation du recensement de 2021 pour les enfants en famille d'accueil (4,45 pour 1 000)<sup>16</sup>. La différence peut

**TABLEAU 3**  
**Nombre, pourcentage, taux et ratio de taux d'enfants placés hors de leur foyer familial, par province/territoire, sexe ou genre, groupe d'âge et type de placement, 2021-2022, Canada**

Caractéristiques	Population en 2021	Dénombrement ponctuel (n)	Pourcentage (%) <sup>a</sup>	Taux pour 1 000	IC à 95 % (limite inférieure)	IC à 95 % (limite supérieure)	Ratio des taux <sup>b</sup>	IC à 95 % (limite inférieure)	IC à 95 % (limite supérieure)
<b>Localisation</b>									
Canada (13 provinces et territoires + SAC) <sup>c</sup>	7 412 863	70 434	s.o.	9,50	9,43	9,57	1,15	1,14	1,17
Canada (13 provinces et territoires)	7 412 863	61 104	100,0	8,24	8,18	8,31	Réf.	Réf.	Réf.
Terre-Neuve-et-Labrador	106 836	1 495	2,4	13,99	13,29	14,72	1,70	1,61	1,79
Île-du-Prince-Édouard <sup>d</sup>	29 995	387	0,6	12,90	11,65	14,25	1,57	1,41	1,73
Nouvelle-Écosse	197 359	1 180	1,9	5,98	5,64	6,33	0,73	0,69	0,77
Nouveau-Brunswick	143 925	1 083	1,8	7,52	7,08	7,99	0,91	0,86	0,97
Québec	1 604 195	15 201	24,9	9,48	9,33	9,63	1,15	1,13	1,17
Ontario	2 750 014	7 489	12,3	2,72	2,66	2,79	0,33	0,32	0,34
Manitoba	310 705	9 196	15,1	29,60	29,00	30,21	3,59	3,51	3,67
Saskatchewan	331 213	5 719	9,4	17,27	16,82	17,72	2,09	2,04	2,15
Alberta	973 725	8 164	13,4	8,38	8,20	8,57	1,02	0,99	1,04
Colombie-Britannique	926 027	10 462	17,1	11,30	11,08	11,52	1,37	1,34	1,40
Yukon	12 433	205	0,3	16,49	14,31	18,91	2,00	1,74	2,29
Territoires du Nord-Ouest	11 228	218	0,4	19,42	16,92	22,17	2,36	2,05	2,70
Nunavut	15 208	305	0,5	20,06	17,87	22,44	2,43	2,17	2,72
<b>Sexe ou genre (n = 11 489)<sup>e,f</sup></b>									
Filles	707 641	5 474	47,6	7,74	7,53	7,94	Réf.	Réf.	Réf.
Garçons	740 640	6 015	52,4	8,12	7,92	8,33	1,05	1,01	1,09
<b>Groupe d'âge, en années (n = 16 075)<sup>g</sup></b>									
< 1 an	203 104	702	4,4	3,46	3,21	3,72	Réf.	Réf.	Réf.
De 1 à 3 ans	642 294	2 801	17,4	4,36	4,20	4,53	1,26	1,16	1,37
De 4 à 7 ans	908 968	3 290	20,5	3,62	3,50	3,75	1,05	0,96	1,14
De 8 à 11 ans	939 506	3 074	19,1	3,27	3,16	3,39	0,95	0,87	1,03
De 12 à 15 ans	953 353	3 750	23,3	3,93	3,81	4,06	1,14	1,05	1,24
16 et 17 ans	472 688	2 345	14,6	4,96	4,76	5,17	1,44	1,32	1,56
De 18 à 21 ans <sup>h</sup>	40 628	113	0,7	2,78	2,29	3,34	0,80	0,65	0,98
<b>Type de placement (n = 44 679)<sup>i</sup></b>									
Milieu familial	–	37 648	84,3	6,15	6,08	6,21	–	–	–
Parenté	–	15 896	35,6	2,59	2,55	2,64	0,73	0,72	0,75
Famille d'accueil	–	21 752	48,7	3,55	3,50	3,60	Réf.	Réf.	Réf.
Prise en charge de groupe	–	5 036	11,3	0,82	0,80	0,85	0,23	0,22	0,24
Autre placement	–	1 995	4,5	0,33	0,31	0,34	0,09	0,09	0,10

**Abbreviations :** IC, intervalle de confiance; Réf., groupe de référence pour le ratio des taux; SAC, Services aux Autochtones Canada; s.o., sans objet.

<sup>a</sup> Les totaux dans chaque section peuvent ne pas correspondre à 100 % en raison des arrondis.

<sup>b</sup> Un ratio des taux dont l'intervalle de confiance n'inclut pas 1,00 indique une disparité statistiquement significative.

<sup>c</sup> Les données de Services aux Autochtones Canada correspondent aux enfants placés hors de leur foyer familial dont les parents ou gardiens étaient « habituellement des résidents vivant dans une réserve » et dont le placement a été effectué sous l'autorité d'organismes de services à l'enfance et à la famille des Premières Nations ou d'un ministère provincial ou territorial là où ces organismes des Premières Nations n'étaient pas présents, comme au Yukon et à Terre-Neuve-et-Labrador. Les enfants des Premières Nations dont les parents ou les tuteurs vivent « hors réserve » ne sont pas couverts.

<sup>d</sup> Les données de l'exercice 2021-2022 pour l'Île-du-Prince-Édouard n'étant pas disponibles, les données de dénombrement de l'année la plus récente (c'est-à-dire 2020-2021) ont été utilisées comme approximation.

<sup>e</sup> Selon les données de 6 provinces et territoires (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), couvrant 18,8 % des enfants placés hors de leur foyer familial en 2021-2022.

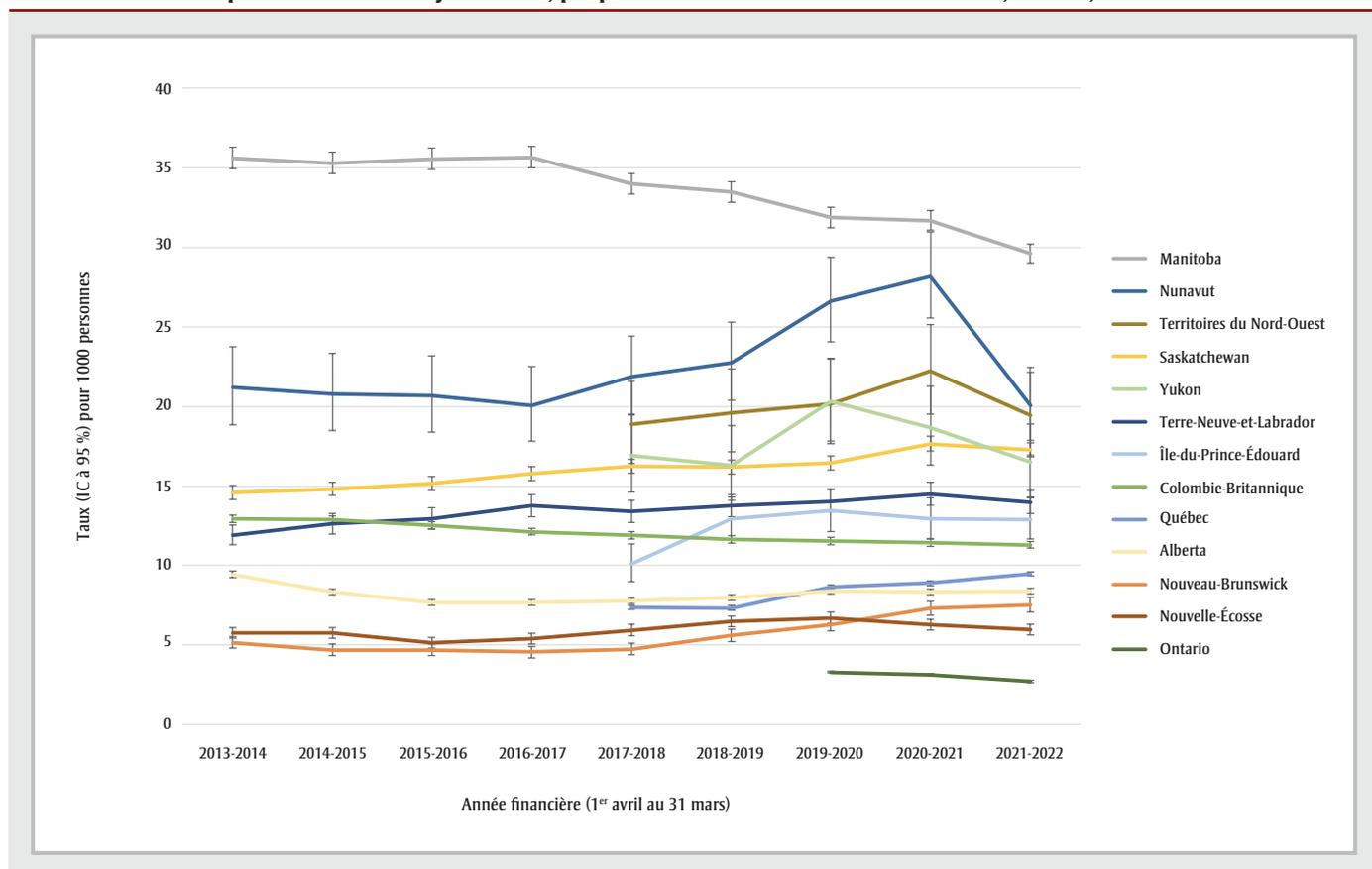
<sup>f</sup> 24 enfants ont été exclus de l'analyse par sexe ou genre pour réduire le risque d'identification ou parce que les données n'avaient pas été communiquées ou étaient manquantes; ces enfants n'ont pas été inclus dans le taux stratifié par sexe ou genre ou dans les calculs de ratio de taux.

<sup>g</sup> Selon les données de 6 provinces et territoires (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Alberta et Territoires du Nord-Ouest), couvrant 26,3 % des enfants placés hors de leur foyer familial en 2021-2022.

<sup>h</sup> Les données du Yukon concernent les individus de moins de 25 ans. Trois provinces et territoires ont été exclus en raison de dénombrements manquants (la tranche d'âge ne comprenait pas les 18 ans et plus) ou d'effectifs masqués (Terre-Neuve-et-Labrador, Alberta, Ontario).

<sup>i</sup> Selon les données de 10 provinces et territoires (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba, Alberta, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), couvrant 73,1 % des enfants placés hors de leur foyer familial en 2021-2022. La population totale de ces 10 provinces et territoires en 2021 était de 6 125 628 personnes (82,6 % de la population à l'échelle du Canada pour la tranche d'âge correspondante). Les données de toutes les provinces et tous les territoires rassemblent les placements dans la parenté, c'est-à-dire les placements auprès de la famille élargie, les prises en charge conformes aux traditions, les prises en charge ou les services par la parenté, les personnes avec un lien familial fiable et les autres placements informels et formels impliquant la parenté. Cependant, les données peuvent ne pas inclure tous ces placements dans chaque province ou territoire : les enfants placés de manière informelle et volontaire auprès de membres de la famille élargie ou de membres de la communauté peuvent ne pas être inclus dans certaines provinces ou territoires. Les données sur les placements dans la parenté n'ont pas pu être ventilées systématiquement par province ou territoire.

**FIGURE 1**  
**Taux des enfants placés hors de leur foyer familial, par province ou territoire et année financière, Canada, 2013-2014 à 2021-2022**



**Abbréviation :** IC, intervalle de confiance.

**Remarques :** Le numérateur utilisé dans le calcul des taux est basé sur un dénombrement ponctuel au 31 mars.

Les données de l'Île-du-Prince-Édouard pour 2021-2022 étant manquantes, les données de 2020-2021 ont été utilisées pour le calcul du taux.

Les données du Nunavut de 2017-2018 concernant le placement dans la parenté ont été utilisées pour le calcul du taux de 2018-2019.

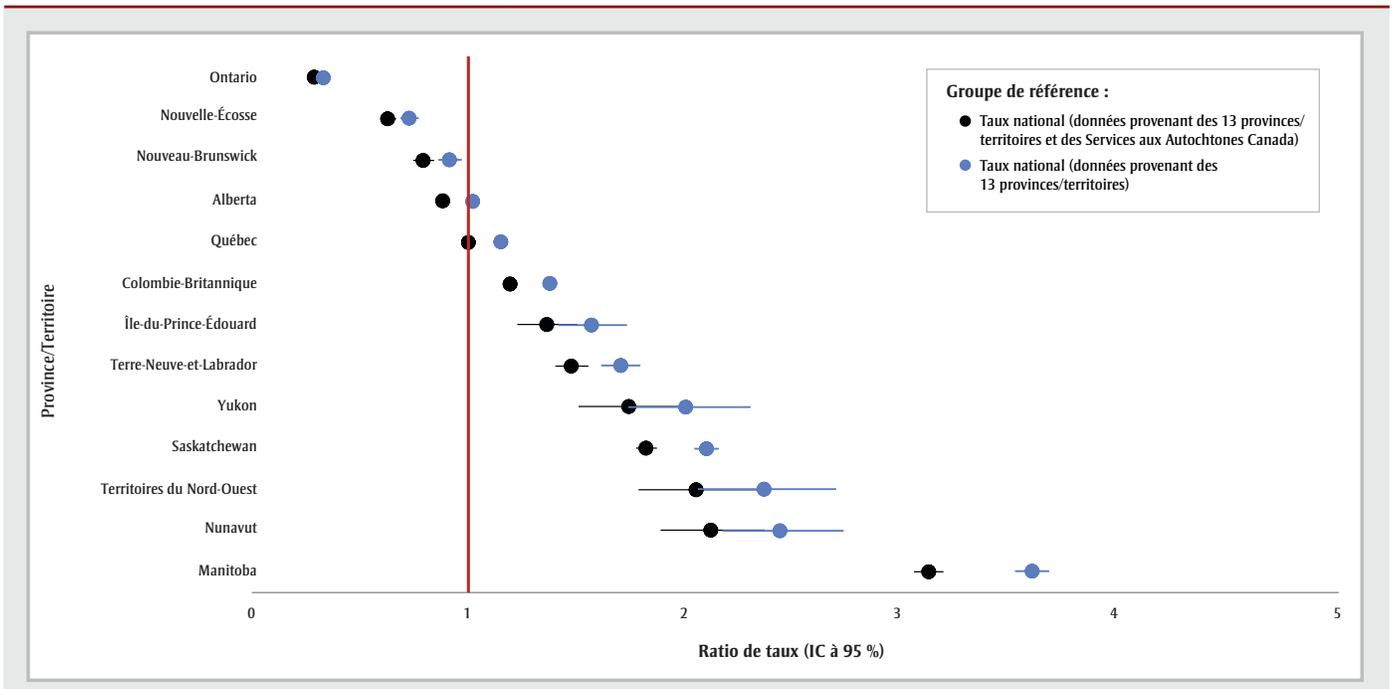
s'expliquer par le fait que le taux du recensement n'inclut pas certains enfants placés auprès de leur parenté, ceux relevant d'une prise en charge conforme aux traditions et ceux placés de façon informelle auprès de membres de leur famille élargie<sup>16</sup>. D'après la composante PNECI, 48 % des enfants placés hors de leur foyer familial après enquête des services de protection de l'enfance résidaient de manière informelle dans un foyer relevant de la parenté ou faisaient l'objet d'une prise en charge conforme aux traditions et 44 % avaient été placés en famille d'accueil (14 % dans leur parenté, 30 % hors de leur famille)<sup>5</sup>. Ces chiffres diffèrent des résultats du SCIPE. Néanmoins, d'après la composante PNECI, 92 % des enfants placés hors de leur foyer familial avaient fait l'objet d'un placement de type familial. Cette proportion est globalement comparable à celle de 84,3 % relevée dans notre analyse<sup>5</sup> et elle est similaire aux résultats d'une étude menée en Ontario en 2023<sup>23</sup>.

L'écart entre la composante PNECI et le SCIPE est le reflet probable des différences dans les pourcentages d'enfants ayant fait l'objet d'une prise en charge de groupe – 6 % dans la composante PNECI<sup>5</sup> contre 12 % dans notre analyse – et du manque de données dans le SCIPE sur les placements informels auprès de la parenté pour certaines provinces ou certains territoires. Comme la composante PNECI a recueilli des données au début du processus d'enquête des services de protection de l'enfance, il est possible qu'elle ait été davantage susceptible de repérer des enfants placés de façon informelle auprès de la parenté que ce que permettent les données administratives. Il est également possible que certains placements officiels auprès de la parenté aient été classés à tort comme des placements en famille d'accueil, gonflant ainsi la prévalence de ce type de placement, en raison de l'utilisation de données principalement agrégées et de la capacité limitée à désagréger les données de sources publiques dans le SCIPE.

### **Données nationales sur la protection de l'enfance et gouvernance des données autochtones**

Les systèmes de protection de l'enfance au Canada ont un rôle important à jouer dans le respect des droits des enfants à la sécurité et dans la protection contre la maltraitance<sup>1,3</sup>. Néanmoins, il s'agit de systèmes coloniaux qui ont fait subir de manière persistante aux communautés autochtones, noires et racisées des préjudices institutionnels et de la discrimination<sup>25-28,49,50</sup>, ces communautés continuant à être surreprésentées parmi les enfants placés hors de leur foyer familial<sup>5,27</sup>. Compte tenu de ces réalités, nous sommes conscients que les données du SCIPE ne sont ni neutres, ni objectives. Les informations qui ont servi de base aux données utilisées dans notre analyse ont été générés par des interventions susceptibles de causer des préjudices aux enfants en les séparant de leur famille et de leur communauté

**FIGURE 2**  
**Ratios des taux (et intervalles de confiance à 95 %) des enfants placés hors de leur foyer familial, par province ou territoire, Canada, 2021-2022**



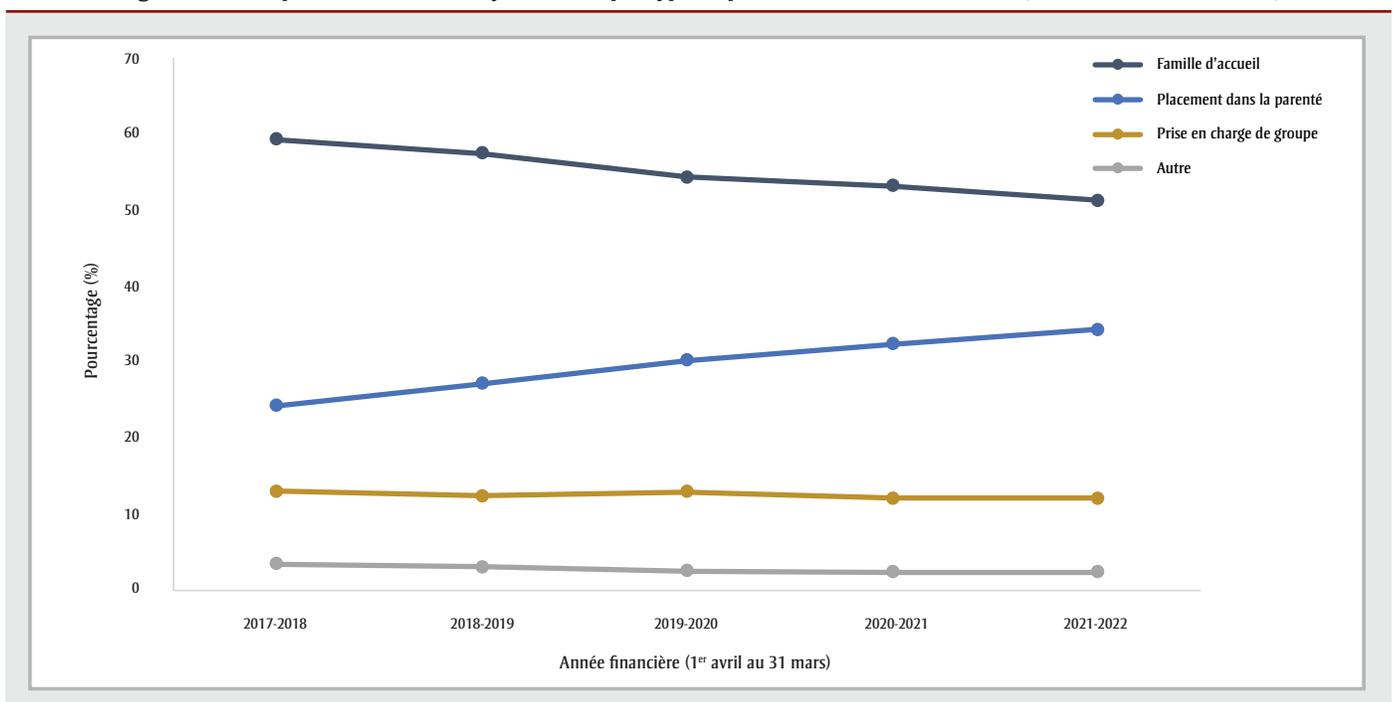
**Abbréviation :** IC, Intervalle de confiance.

et en les déconnectant de leur culture. La disproportion de ces préjudices est l'une des dimensions du racisme présent au sein de la protection de l'enfance<sup>50</sup> dont les données du SCIPÉ sont imprégnées.

L'un des risques liés à l'épidémiologie fondée sur des données secondaires est que les méthodologies et les résultats soient déconnectés de l'histoire sociale et des expériences des individus et des communautés

représentés par ces données. Nous avons cherché à atténuer ce risque lors de l'élaboration et de l'analyse des données du SCIPÉ en faisant preuve de transparence quant aux renseignements utilisés,

**FIGURE 3**  
**Pourcentages<sup>a</sup> d'enfants placés hors de leur foyer familial par type de placement et année financière, 2017-2018 à 2021-2022, Canada**



<sup>a</sup> Basés sur les dénombrement ponctuels de 9 provinces et territoires disposant de données, avec stratification par type de placement et sur 5 ans : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Québec, Manitoba, Alberta, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut.

en communiquant des mises à jour sur nos décisions et nos progrès et en invitant les organismes autochtones et les ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux à nous faire part de leurs commentaires et à participer à l'analyse. Cette sensibilisation a permis d'aligner nos objectifs analytiques sur les priorités des partenaires de protection de l'enfance et des partenaires autochtones, d'élaborer et de mettre à l'essai un modèle de gouvernance pour les données administratives nationales et de contextualiser les résultats. Ces efforts sont importants car l'analyse des données du SCIPÉ est censée se poursuivre et constituer une ressource pour la prise de décision en matière de protection de l'enfance et de santé publique.

Dans le cadre d'une vision à long terme de l'octroi de permis sociaux et institutionnels, nous avons aussi cherché à minimiser les façons dont notre méthodologie a pu contrevenir aux lignes directrices relatives à l'utilisation des données concernant les peuples autochtones et à trouver un équilibre avec la valeur que l'information est capable d'apporter. En nous appuyant sur des exemples instructifs tirés de la recherche<sup>5,51</sup>, nous allons continuer à collaborer avec nos partenaires provinciaux et territoriaux, avec les organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis ainsi qu'avec les détenteurs de droits et les communautés pour trouver les moyens de respecter et de rendre opérationnels les principes de la souveraineté des données autochtones<sup>47</sup> dans le SCIPÉ.

### **Forces et limites**

Notre analyse présente plusieurs points forts. La couverture spatiale et démographique des données du SCIPÉ est élevée : nous avons des données provenant de toutes les provinces et de tous les territoires; l'inclusion de données personnalisées et de données au niveau de l'enregistrement a renforcé la constance de la couverture et des définitions; les données de neuf provinces et territoires couvraient l'ensemble de la population et enfin les types de placement que nous avons utilisés étaient largement comparables (tableau 2), avec des données stratifiées sur le type de placement pour 10 provinces et territoires, couvrant ainsi 73,1 % de la population d'enfants placés hors de leur foyer familial. En intégrant les données de SAC pour l'analyse de sensibilité, nous avons obtenu une couverture quasi complète des provinces et territoires qui recueillent des

données sur les enfants placés hors de leur foyer familial.

L'une des limites de notre analyse est que les définitions des provinces et territoires en matière de placement hors du foyer familial varient en fonction de l'âge de l'enfant, du statut juridique et des instances décisionnelles, du type de placement, de la relation avec les personnes s'occupant de l'enfant, de la durée ainsi que du contexte culturel et géographique. Les données du SCIPÉ que nous avons utilisées étaient principalement basées sur des données agrégées, avec relativement peu de possibilités d'harmoniser les définitions. Nous avons tenté d'atténuer les effets des différences de définition en soulignant les variations dans la couverture (tableau 1) et en vérifiant que les données relatives à la population (dénominateur) dans les calculs des taux correspondaient aux paramètres du nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial (numérateur). Les problèmes de définition ont également été partiellement compensés par l'utilisation d'un formulaire normalisé de collecte de données.

Dans l'analyse de sensibilité, pour réaliser notre estimation du taux national maximum, nous avons intégré les données de SAC qui couvrent les organismes de protection de l'enfance des Premières Nations. Cela peut contribuer à expliquer les variations de couverture aboutissant à un sous-dénombrement dans certaines provinces, comme l'Ontario, mais l'incidence sur les taux provinciaux ou territoriaux demeure obscure. Les collaborations en cours avec nos partenaires vont nous permettre d'harmoniser les définitions et les normes relatives aux données et d'élargir la couverture des données.

Une autre limite concerne l'utilisation de données agrégées, ce qui a limité notre capacité à effectuer des évaluations approfondies de la qualité des données et à mener des analyses stratifiées en fonction des dimensions liées à l'équité. Obtenir des données administratives au niveau de l'enregistrement permettrait d'identifier les risques individuels en matière de protection de l'enfance<sup>52,53</sup>, d'effectuer des recherches sur les parcours des enfants menant à leur placement hors de leur foyer familial et ultérieurement<sup>21,54</sup> et enfin d'évaluer l'ampleur des données manquantes et de la double comptabilisation.

Les données du SCIPÉ présentent des lacunes dans la couverture pour certaines populations (telles que les enfants des Premières Nations vivant dans les réserves ou relevant de la compétence des organismes des Premières Nations), certaines années (en particulier avant 2013) et certaines variables (sexe ou genre, âge et type de placement). Par exemple, les données sur le placement informel ou d'urgence des enfants dans leur famille élargie peuvent, dans certaines provinces et certains territoires, ne pas être incluses dans les données du SCIPÉ que nous avons analysées. Cette question et d'autres questions de couverture ont probablement contribué à une sous-estimation du taux national ainsi que des taux de certaines provinces et certains territoires. Un défi connexe tient au fait que les estimations par âge et celles par sexe ou genre sont basées sur les données de six provinces et territoires, représentatives de respectivement 18,8 % et 26,3 % seulement des enfants placés hors de leur foyer familial au Canada. Par conséquent, nos résultats ne sont pas forcément représentatifs des tendances nationales et doivent être interprétés avec prudence. L'inclusion dans le SCIPÉ des données ventilées par sexe ou genre, âge, identité autochtone, race ou ethnicité, localisation et type de placement dans toutes les provinces et territoires va permettre de clarifier les tendances épidémiologiques et de relever les risques différentiels au sein de sous-groupes précis de population.

Pour terminer, nos estimations se rapportent à un seul point dans le temps chaque année (le 31 mars). Cette méthode est couramment utilisée pour faire état du nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial<sup>8-10,13</sup>, mais il s'agit d'une sous-estimation du total annuel. Certains enfants qui ont été placés, souvent pour de courtes durées<sup>23</sup>, et qui ont ensuite cessé d'être pris en charge ne sont pas dénombrés à une date donnée. Une solution de rechange est la comptabilisation par « période », qui réfère au nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial pendant au moins une nuit à n'importe quel moment de l'année. Les dénombrements ponctuels et les comptabilisations par période peuvent être corrélés, mais la différence proportionnelle entre les deux n'est pas claire et justifie une analyse. Élargir la couverture du SCIPÉ pour inclure les admissions et les sorties liées au placement hors du foyer familial, la durée du placement, le nombre de déplacements, le statut juridique et les

motifs de placement, ainsi que les données en matière de protection de l'enfance sur l'aiguillage, les enquêtes, les services et les aides à la jeunesse, pourrait améliorer la portée et la profondeur des indicateurs pouvant être générés.

### **Conséquences sur la surveillance et les politiques en matière de santé publique**

En 2015, la Commission de vérité et de réconciliation du Canada a demandé aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de « publier des rapports annuels sur le nombre d'enfants autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) qui sont pris en charge, par comparaison avec les enfants non autochtones [...] »<sup>25</sup>, p. 143. Les appels à la justice de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées ont souligné encore davantage la nécessité de tels renseignements<sup>26</sup>. Avec des partenaires autochtones et des données fondées sur l'identité autochtone, les données du SCIPÉ seraient utilisables pour répondre directement au deuxième appel à l'action<sup>25</sup> de la Commission de vérité et réconciliation et suivre les progrès de la législation fédérale en matière de protection de l'enfance visant à réduire le nombre d'enfants autochtones pris en charge<sup>4</sup>.

L'élaboration de données nationales sur les enfants placés hors de leur foyer familial constitue une première étape dans l'amélioration de la transparence et de l'accessibilité des données relatives à la protection de l'enfance. Grâce à une structure de gouvernance élaborée conjointement, à des accords de partage de données et à une couverture à plus grande échelle, le SCIPÉ sera en mesure de créer des indicateurs nationaux supplémentaires sur le système de protection de l'enfance, d'harmoniser les définitions dans l'ensemble des provinces et territoires, d'améliorer la qualité et la désagrégation des données et de produire des données probantes sur la santé et le bien-être des enfants basées sur la population. En renforçant les données du SCIPÉ, les gouvernements, les organismes, les chercheurs et les communautés sont susceptibles de mieux surveiller les inégalités, de suivre les résultats en matière de santé et de services sociaux des enfants et des familles et d'évaluer et d'éclairer les politiques et les interventions.

### **Conclusion**

Nous avons utilisé les données nationales de la protection de l'enfance au Canada

pour étudier les taux de placement des enfants hors de leur foyer familial. Plus de 61 000 enfants étaient placés hors de leur foyer familial en 2021-2022, avec des taux variant considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre, et le placement en milieu familial était le type de placement le plus courant. Notre analyse a montré qu'une définition pratique du placement hors du foyer familial est applicable à de multiples sources de données administratives et permet de comparer des types de placement relativement similaires, et que ces données sont, à leur tour, utilisables pour générer des indicateurs nationaux sur les enfants et les familles encadrés par le système de protection de l'enfance.

### **Remerciements**

Merci aux personnes et aux institutions suivantes pour leur contribution et leur support à la réalisation de cette étude : Mary Sue Devereaux, Joanna Odrowaz et Anna Olivier pour la révision; Dawn-Li Blair, Natalie Gabora, Prateek Sharma, Margot Shields et collègues de la Division des systèmes de surveillance et de la gestion des données, Centre de surveillance et de recherche appliquée, ASPC; Shari Fitzgerald, Mark Griffin, Deanne O'Brien et Shuhana Shahnaz, Child and Youth Services Branch, Department of Children, Seniors and Social Development, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; le personnel de Développement social et Aînés, gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard; le personnel du Ministère des Services communautaires, gouvernement de la Nouvelle-Écosse; Lorraine Hill, Association of Native Child and Family Services Agencies of Ontario; le personnel du Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, gouvernement de l'Ontario; Michelle Gingrich, Jon Van Tuyl et Gloria Miguel, Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance; Fabien Pernet, Makivvik; Greg Maclean, Angela Miller et Credell Simeon, Ministère des services sociaux, gouvernement de la Saskatchewan; France Cormier et Steven Yong, Ministry of Children and Family Development, gouvernement de la Colombie-Britannique; le personnel des Services à la famille et à l'enfance, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, gouvernement du Yukon; Cheuk Pang et Amanda White, services à l'enfance et à la famille, ministère de Santé et Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; Molly Rasmussen, Société de

soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations; Natasha Steinback, Ralliement national des Métis; Danick Vallée Blanchard et le personnel de l'Unité de la responsabilité des données et du rendement, Services à l'enfance et à la famille, Services aux Autochtones Canada; Melody Morton Ninomiya, Wilfrid Laurier University; les membres du groupe de travail sur la surveillance et la recherche sur la maltraitance envers les enfants (Tracie Afifi, University of Manitoba; Pierre-Jean Alasset, Services aux Autochtones Canada; Erin Aylward, ASPC; Marni Brownell, University of Manitoba; Peter Dudding, Loyalist College; Andrea Gonzalez, McMaster University; Shannon Hurley, ASPC; Harriet MacMillan [présidente], McMaster University; Susan McDonald, Justice Canada; Katherine Minich, Inuit Tapiriit Kanatami et Carleton University; Kenn Richard, Kenn Richard/Associates; Vicki Scott, Institut canadien d'information sur la santé; Marcel St. Onge, Ralliement national des Métis; Cassandra Yantha, Inuit Tapiriit Kanatami); les directrices et directeurs de la protection de l'enfance des provinces et des territoires (Joanne Cotter, Child and Youth Services Branch, Department of Children, Seniors and Social Development, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; les directrices et directeurs du ministère des Services communautaires, gouvernement de la Nouvelle-Écosse; Lorna Hanson, Division des services aux enfants et aux jeunes, ministère des Familles, gouvernement du Manitoba; Janice Colquhoun, ministère des services sociaux, gouvernement de la Saskatchewan; Elden Block, Ministry of Children and Family Services, gouvernement de l'Alberta; James Wale, Ministry of Children and Family Development, gouvernement de la Colombie-Britannique; Colette Prevost, services à l'enfance et à la famille, ministère de Santé et Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest [Colette est également représentante de la direction de la protection de l'enfance au sein du groupe de travail sur la surveillance et la recherche sur la maltraitance envers les enfants]; et les représentants du ministère des Services à la famille, gouvernement du Nunavut). Merci également aux pairs évaluateurs anonymes et aux équipes de rédaction et de production de la revue.

### **Financement**

L'Agence de la santé publique du Canada a contribué au financement de l'analyse.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

NJP : conception, méthodologie, enquête, gestion des données, rédaction de la première version du manuscrit, réalisation des tableaux et figures, supervision, administration du projet.

AMO : conception, méthodologie, logiciel, validation, analyse officielle, enquête, gestion des données, relectures et révisions, réalisation des tableaux et figures.

NT : conception, méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit, supervision.

WH : méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit, supervision, administration du projet.

AM : conception, méthodologie, validation, enquête, ressources, gestion des données, relectures et révisions.

LC : méthodologie, logiciel, validation, analyse officielle, gestion des données, relectures et révisions, réalisation des tableaux et figures.

AC : méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit.

MT : logiciel, validation, relectures et révisions.

CZ : enquête, gestion des données, relectures et révisions.

CL : conception, relectures et révisions, supervision.

LT : conception, méthodologie, ressources, rédaction de la première version du manuscrit, réalisation des tableaux et figures, supervision, administration du projet, acquisition de financement.

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

## Références

1. Haut-commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme. Convention relative aux droits de l'enfant [Internet]. Genève (Suisse) : Nations unies; 1989 [consultation le 26 juin 2023]. En ligne à : <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
2. Agence de la santé publique du Canada. Lois et politiques provinciales et territoriales sur la protection des enfants 2018. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019. En ligne à : [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/health-risks-safety/provincial-territorial-child-protection-legislation-policy-2018/64-03-18-2245\\_Child-Protection\\_FR-FINAL04.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/health-risks-safety/provincial-territorial-child-protection-legislation-policy-2018/64-03-18-2245_Child-Protection_FR-FINAL04.pdf)
3. Trocmé N, Esposito T, Nutton J, Rosser V, Fallon B. Child welfare services in Canada. Dans : Merkel-Holguin L, Fluke JD, Krugman RD, directeurs. National systems of child protection: child maltreatment, vol 8. Cham (CH): Springer International Publishing; 2019. p. 27-50. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-93348-1\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-93348-1_3)
4. Gouvernement du Canada. Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis (L.C. 2019, ch. 24). Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 30 août 2023]. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/f-11.73/index.html>
5. Fallon B, Lefebvre R, Trocmé N, et al. Denouncing the continued overrepresentation of First Nations Children in Canadian Child Welfare: Findings from the First Nations/Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2019. Montréal (QC) : Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance; 2021 [consultation le 22 juin 2023]. En ligne à : <https://cwrp.ca/publications/denouncing-continued-overrepresentation-first-nations-children-canadian-child-welfare>
6. Conference of European Statisticians Task Force on Statistics on Children Adolescents and Youth. Statistics on children: spotlight on children exposed to violence, in alternative care, and with disabilities [Internet]. Genève (Suisse): Nations unies; 2022 [consultation le 24 septembre 2023]. En ligne à : <https://unece.org/sites/default/files/2022-10/ECECESSTAT20225.pdf>
7. Saint-Girons M, Trocmé N, Esposito T, Fallon B. Children in out-of-home care in Canada in 2019 [Internet]. Montréal (QC) : Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance; 2020 [consultation le 22 juin 2023]. En ligne à : <https://cwrp.ca/publications/children-out-home-care-canada-2019>
8. Australian Institute of Health and Welfare. Child protection Australia 2019–20 [Internet]. Canberra (AU): Australian Institute of Health and Welfare; 2021 [consultation le 9 septembre 2021]. En ligne à : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/c3b0e267-bd63-4b91-9ea6-9fa4d14c688c/aihw-cws-78.pdf.aspx?inline=true>
9. Children's Bureau. Child welfare outcomes report data [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2023 [consultation le 23 juin 2023]. En ligne à : <https://cwoutcomes.acf.hhs.gov/cwodatasite/>
10. Eurochild. Better data for better child protection systems in Europe: mapping how data on children in alternative care are collected, analysed and published across 28 European countries [Internet]. Genève (Suisse): Bureau régional Europe et Asie centrale de l'UNICEF; 2021. En ligne à : <https://eurochild.org/uploads/2022/02/UNICEF-DataCare-Technical-Report-Final-1.pdf>
11. Desmond C, Watt K, Saha A, Lu C. Prevalence and number of children living in institutional care: global, regional, and country estimates. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):370-377. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30022-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30022-5)
12. Petrowski N, Cappa C, Gross P. Estimating the number of children in formal alternative care: challenges and results. *Child Abuse Negl*. 2017; 70:388-398. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.026>

13. Trocmé N, Esposito T, Fallon B, Chabot M, Delaye A. Building research capacity in child welfare in Canada: advantages and challenges in working with administrative data. Dans : Lonne B, Scott D, Higgins D, Herrenkohl T, directeurs. Re-visioning public health approaches for protecting children. *Child Maltreatment*, vol 9. Cham (CH): Springer; 2019. p. 433-454. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-05858-6\\_25](https://doi.org/10.1007/978-3-030-05858-6_25)
14. Courtney M, Flynn RJ, Beaupré J. Overview of out of home care in the USA and Canada. *Psychosoc Interv.* 2013;22(3):163-173. <https://doi.org/10.5093/in2013a20>
15. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, et al. Spotlight on adolescent health and well-being: findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada [Internet]. Copenhagen (DK): World Health Organization; 2020 [consultation le 23 août 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055017>
16. Black T, Trocmé N, Fallon B, Houston E. Children in foster care in Canada in 2016 & 2021. Toronto (Ont.) : Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance; 2022 [consultation le 23 juin 2023]. En ligne à : <https://cwrp.ca/publications/children-foster-care-canada-2016-2021>
17. Jones A, Sinha V, Trocmé N. Children and youth in out-of-home care in the Canadian provinces [Internet]. Montréal (QC) : Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance; 2015. En ligne à : <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/Children%20And%20Youth%20In%20Out-Of-Home%20Care%20In%20The%20Canadian%20Provinces.pdf>
18. Tonmyr L, Hovdestad WE. Public health approach to child maltreatment. *Paediatr Child Health.* 2013;18(8): 411-413.
19. Kääriälä A, Hiilamo H. Children in out-of-home care as young adults: a systematic review of outcomes in the Nordic countries. *Child Youth Serv Rev.* 2017;79:107-114. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.030>
20. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet.* 2009;373(9659):250-266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61708-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61708-0)
21. Sariaslan A, Kääriälä A, Pitkänen J, et al. Long-term health and social outcomes in children and adolescents placed in out-of-home care. *JAMA Pediatr.* 2022;176(1):e214324-e24. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4324>
22. Maclean MJ, Sims S, O'Donnell M, Gilbert R. Out-of-home care versus in-home care for children who have been maltreated: a systematic review of health and wellbeing outcomes. *Child Abuse Rev.* 2016;25(4):251-272. <https://doi.org/10.1002/car.2437>
23. Flynn RJ, Miller M, Bell T, Greenberg B, Vincent C. Young people in out-of-home care: findings from the Ontario Looking After Children Project. Ottawa (ON): University of Ottawa Press; 2023. <https://doi.org/10.2307/jj.3790065>
24. Berens AE, Nelson CA. The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *Lancet.* 2015;386(9991):388-398. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61131-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61131-4)
25. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. En ligne à : [https://ehprnh2mw03.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer\\_la\\_verite\\_reconcilier\\_pour\\_lavenir-Sommaire.pdf](https://ehprnh2mw03.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf)
26. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer notre pouvoir et notre place : Sommaire du rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [Internet]. Ottawa (Ont.) : Bureau du Conseil privé; 2019. En ligne à : <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Le-sommaire.pdf>
27. Commission ontarienne des droits de la personne. Enfances interrompues : Surreprésentation des enfants autochtones et noirs au sein du système de bien-être de l'enfance de l'Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : CODP; 2018 [consultation le 21 août 2023]. En ligne à : <https://www.ohrc.on.ca/fr/enfances-interrompues>
28. Mohamud F, Edwards T, Antwi-Boasiako K, et al. Racial disparity in the Ontario child welfare system: conceptualizing policies and practices that drive involvement for Black families. *Child Youth Serv Rev.* 2021; 120:105711. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105711>
29. Gonzalez A, Afifi TO, Tonmyr L. Pour un portrait complet : proposition de cadre pour la surveillance et la recherche dans le domaine de la maltraitance envers les enfants au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques.* 2021;41(11):430-436. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.07f>
30. Fluke JD, Tonmyr L, Gray J, et al. Child maltreatment data: a summary of progress, prospects and challenges. *Child Abuse Negl.* 2021;119(Pt 1):104650. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104650>
31. Tonmyr L, Jack SM, Brooks S, Williams G, Campeau A, Dudding P. Utilisation de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) par les organismes de protection de l'enfance en Ontario. *Maladies chroniques et blessures au Canada.* 2012;33(1):33-43. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.33.1.04f>
32. Tonmyr L, Martin WK. How has child maltreatment surveillance data been used in Canada? *Health Res Policy Syst.* 2014;12(1):65. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-65>
33. Mulcahy M, Trocmé N. Les enfants et les jeunes placés hors de leur domicile au Canada [Internet]. Montréal (QC): Centre d'excellence pour le bien-être des enfants, Université McGill; 2010. En ligne à : <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/ChildrenInCare78F.pdf>

34. Shields M, Tonmyr L, Morin Y, et al. Testing for seasonality in Canadian child welfare investigations. *Child Youth Serv Rev.* 2021;122:105878. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105878>
35. Laferrière D, Deshaies-Moreault C. Les défis de la production d'estimations nationales de la maltraitance des enfants à l'aide de données administratives provenant de différents secteurs de compétence. *Symposium 2018* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018. En ligne à : <https://www.statcan.gc.ca/fra/conferences/symposium2018/programme/03b5/laferriere-fra.pdf>
36. Agence de la santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 : données principales [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2010. En ligne à : [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cm-vee/cscs-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008-report\\_fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cm-vee/cscs-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008-report_fra.pdf)
37. Blackstock C, Prakash T, Loxley J, Wien F. *Wen: de: Nous voyons poindre la lumière du jour* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada; 2005. En ligne à : [https://fncaringsociety.com/sites/default/files/WendeReport\\_f.pdf](https://fncaringsociety.com/sites/default/files/WendeReport_f.pdf)
38. Transformative Monitoring for Enhanced Equity (TransMonEE). *TransMonEE Dashboard: Children in alternative care* [Internet]. New York (NY): UNICEF; 2023 [consultation le 24 septembre 2023]. En ligne à : <https://www.transmonee.org/transmonee-dashboard?prj=tm&page=child-protection#cp>
39. Children's Bureau. *Child Welfare Outcomes 2019: Report to Congress* [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2019. En ligne à : <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cwo-report-to-congress-2019.pdf>
40. Statistique Canada. *Estimations de la population au 1<sup>er</sup> juillet, par âge et sexe. Tableau 17-10-0005-01* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 12 septembre 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>
41. Daly L. Simple SAS macros for the calculation of exact binomial and Poisson confidence limits. *Comput Biol Med.* 1992;22(5):351-361. [https://doi.org/10.1016/0010-4825\(92\)90023-G](https://doi.org/10.1016/0010-4825(92)90023-G)
42. Ministère de la Justice. *Loi sur le ministère de la Santé (L.C. 1996, ch. 8)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2006 [consultation le 19 août 2023]. En ligne à : <https://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/h-3.2/>
43. Ministère de la Justice. *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada (L.C. 2006, ch. 5)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2015 [consultation le 19 août 2023]. En ligne à : <https://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/p-29.5/page-1.html>
44. Conseil de recherches en sciences humaines du Canada; Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada; Instituts de recherche en santé du Canada. *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 (2022)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 23 août 2023]. En ligne à : [https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique\\_tcps2-eptc2\\_2022.html](https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html)
45. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Ownership, Control, Access and Possession (OCAP™): The Path to First Nations Information Governance* [Internet]. CGIPN/FNIGC; 2014 [consultation le 12 septembre 2023]. En ligne à : [http://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/5776c4ee9387f966e6771aa93a04f389\\_ocap\\_path\\_to\\_fn\\_information\\_governance\\_en\\_final.pdf](http://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/5776c4ee9387f966e6771aa93a04f389_ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf)
46. Inuit Tapiriit Kanatami. *Stratégie nationale inuite sur la recherche* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Inuit Tapiriit Kanatami; 2018. En ligne à : <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/03/Strategie-nationale-inuite-sur-la-recherche.pdf>
47. Carroll SR, Garba I, Figueroa-Rodríguez OL, et al. The CARE Principles for Indigenous data governance. *Data Sci J.* 2020;19(43):1-12. <https://doi.org/10.5334/dsj-2020-043>
48. Jull J, King A, King M, et al. A principled approach to research conducted with Inuit, Métis, and First Nations People: promoting engagement inspired by the CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People (2007-2010). *Int Indig Policy J.* 2020;11(2):1-30. <https://doi.org/10.18584/iipj.2020.11.2.10635>
49. Tait CL, Henry R, Walker RL. *Child welfare: A social determinant of health for Canadian First Nations and Métis children.* Pimatisiwin. 2013;11(1):39-53.
50. Noorishad P-G, Darius WP, Czechowski K, McIntee S-E, Mukunzi JN, Cénat JM. Racism as a vehicle for the overrepresentation of Black youth in child protection services in Ontario, Canada: caseworkers' and community facilitators' perspectives. *Child Youth Serv Rev.* 2023;149:106963. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106963>
51. Brownell M, Sinclair S, Nickel N, et al. Outcomes of children involved with child protection in Manitoba, Canada: a demonstration project for working in partnership across government, community organizations, and academia. *Int J Popul Data Sci.* 2022; 7(3):167. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v7i3.1941>
52. Esposito T, Trocmé N, Chabot M, Shlonsky A, Collin-Vézina D, Sinha V. Placement of children in out-of-home care in Québec, Canada: When and for whom initial out-of-home placement is most likely to occur. *Children and Youth Services Review* 2013;35(12): 2031-2039.
53. Wall-Wieler E, Brownell M, Singal D, Nickel N, Roos LL. The cycle of child protection services involvement: a cohort study of adolescent mothers. *Pediatrics.* 2018;141(6):e20173119. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3119>
54. Straatmann VS, Jackisch J, Brännström L, Almquist YB. Intergenerational transmission of out-of-home care and the role of mental health problems: Findings from Stockholm birth cohort multi-generational study. *Soc Sci Med.* 2021; 284:114223. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114223>

## Recherche quantitative originale

# Facteurs liés aux écoles et facteurs liés aux interventions dans le contexte de l'institutionnalisation des interventions de promotion de la santé dans les écoles primaires

Robert J. Wellman, Ph. D. (1); Erin K. O'Loughlin, Ph. D. (2, 3); Katerina Maximova, Ph. D. (4, 5); Jodi Kalubi, Ph. D. (2, 6, 7); Teodora Riglea, M. Sc. (2, 6); Jennifer O'Loughlin, Ph. D. (2, 6)

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

### Résumé

**Introduction.** L'offre à long terme d'interventions de promotion de la santé (IPS) en milieu scolaire peut se révéler bénéfique pour la santé des enfants. Toutefois, on en sait peu sur les facteurs associés à cette institutionnalisation dans les écoles. Dans cette étude, nous avons dégagé les corrélats de l'institutionnalisation des IPS offertes dans les écoles primaires du Québec (Canada).

**Méthodologie.** Dans le cadre d'entrevues téléphoniques structurées en deux parties réalisées sur trois années scolaires (2016-2019), des directeurs et directrices d'écoles primaires (ou leurs représentants désignés) du Québec devaient choisir une IPS de référence ayant été offerte au moins une fois dans leur école dans les trois années précédentes. Ils devaient ensuite indiquer si l'IPS avait été institutionnalisée (c.-à-d. si elle figurait explicitement dans le projet éducatif de l'école, par exemple sous la forme d'objectifs éducatifs accompagnés des mesures permettant leur atteinte). Nous avons analysé les associations entre, d'une part, l'institutionnalisation des IPS et, d'autre part, dix caractéristiques liées aux écoles et seize caractéristiques liées aux IPS à l'aide d'analyses de régression logistique univariées et multivariées.

**Résultats.** Les informateurs clés des écoles (n = 163) ont fait état de 147 IPS différentes ayant été offertes dans leur école dans les trois années précédentes et 56 % de ces IPS avaient été institutionnalisées. Trois dimensions de la culture de l'école – soit 1) la participation des parents et de la collectivité à la vie scolaire, 2) l'engagement de l'école et du personnel enseignant à l'égard de la santé des élèves et 3) l'environnement physique de l'école – étaient associées positivement à l'institutionnalisation des IPS. En ce qui a trait aux caractéristiques liées aux IPS, ce sont le nombre de compétences visées par celles-ci, le nombre de stratégies d'enseignement utilisées, les modifications apportées à l'IPS avant ou pendant sa mise en œuvre et le succès perçu de l'IPS qui ont présenté une association positive avec l'institutionnalisation des IPS. Le fait d'inviter les familles ou les groupes communautaires à participer à l'IPS était inversement associé à l'institutionnalisation.

**Conclusion.** Une meilleure compréhension des facteurs liés à l'institutionnalisation des IPS pourrait éclairer l'élaboration d'IPS présentant un potentiel de durabilité en milieu scolaire.

### Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences de la population et des sciences quantitatives de la santé, Division de médecine préventive et comportementale, École de médecine Chan de l'Université du Massachusetts, Worcester (Massachusetts), États-Unis
2. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Montréal (Québec), Canada
3. Faculté de kinésiologie et d'éducation physique, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
4. Centre MAP pour des solutions de santé urbaine, Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael, Toronto (Ontario), Canada
5. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
7. Centre de recherche en santé publique (CRéSP), Université de Montréal, et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, Montréal (Québec), Canada

**Correspondance :** Jennifer O'Loughlin, Centre de recherche du CHUM, Université de Montréal, 850, rue Saint-Denis, bureau S02-370, Montréal (Québec) H2X 0A9; tél. : 514-890-8000, poste 15858; téléc. : 514-412-7137; courriel : [jennifer.oloughlin@umontreal.ca](mailto:jennifer.oloughlin@umontreal.ca)

[Article de recherche](#) par Wellman RJ et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Points saillants

- La participation des parents et de la collectivité à la vie scolaire, l'engagement de l'école et du personnel enseignant à l'égard de la santé des élèves et l'environnement physique de l'école étaient positivement associés à l'institutionnalisation des interventions de promotion de la santé (IPS).
- Les IPS qui portaient sur un plus grand nombre de compétences, qui faisaient appel à un plus grand nombre de stratégies d'enseignement, qui avaient été modifiées avant ou pendant leur mise en œuvre et qui étaient perçues comme étant plus réussies étaient plus susceptibles d'avoir été institutionnalisées.
- Il n'y avait pas de lien entre le succès perçu et l'évaluation officielle des IPS.
- Une meilleure compréhension des facteurs liés aux écoles et des facteurs liés aux IPS dans le contexte de l'institutionnalisation des IPS pourrait contribuer à optimiser la durabilité des interventions.
- Nous suggérons d'offrir des mesures incitatives aux écoles pour qu'elles évaluent l'efficacité des IPS, ce qui permettrait d'éviter l'abandon d'interventions efficaces ou le maintien d'interventions inefficaces.

**Mots-clés :** écoles promotrices de santé, interventions, transversal, durabilité, institutionnalisation

## Introduction

Les interventions de promotion de la santé (IPS) qui ciblent les enfants et les jeunes favorisent l'adoption d'une large gamme de comportements favorables à la santé. L'école est l'endroit idéal pour offrir des IPS à long terme et de façon continue, car tous les enfants fréquentent l'école dès leur plus jeune âge, à un moment où les attitudes et les comportements en matière de santé se façonnent<sup>1,2</sup>. En effet, pour qu'une IPS procure des bienfaits à long terme, elle doit être non seulement efficace, mais aussi durable (elle doit pouvoir se maintenir dans le temps)<sup>3</sup>.

On en sait peu sur la façon d'assurer la durabilité des IPS, bien que de plus en plus de données probantes tendent à indiquer qu'il s'agit d'une entreprise difficile, surtout dans des milieux complexes comme l'école. Plus précisément, des chercheurs ont effectué le suivi de deux programmes en milieu scolaire bien dotés en ressources (à savoir le programme CATCH [Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health] aux États-Unis<sup>4</sup> et le programme de promotion de la santé mentale KidsMatter en Australie<sup>5</sup>) et ont constaté que la plupart des écoles n'offraient plus le programme en entier ou à la même intensité après la première année de mise en œuvre<sup>4,6</sup>. Dans la même lignée, une revue systématique menée récemment sur la durabilité des IPS en milieu scolaire dans les pays à revenu élevé a révélé qu'aucun des dix-huit programmes étudiés n'avait été maintenu dans son intégralité après la fin du financement (dans les cas où l'évaluation de la durabilité avait eu lieu de un à cinq ans après l'intervention)<sup>7</sup>.

Un indicateur clé de la durabilité d'une IPS est l'institutionnalisation, qui désigne l'intégration en bonne et due forme des activités de promotion de la santé dans le fonctionnement et les structures établies d'une école<sup>8</sup>. Concrètement, il y a institutionnalisation lorsque des politiques, des programmes et des systèmes sont créés ou adaptés au sein de l'école pour soutenir et maintenir l'IPS à long terme. L'institutionnalisation d'une IPS permet non seulement d'en optimiser la mise en œuvre au fil du temps, mais aussi de favoriser une

culture scolaire qui encourage la santé et le bien-être<sup>9</sup>. L'institutionnalisation pourrait être un élément essentiel au succès à long terme d'une IPS : elle devrait donc constituer une priorité dans la pratique et les recherches futures.

Malgré l'importance de l'institutionnalisation dans le succès à long terme d'une IPS, les données sur les facteurs qui lui sont associés en milieu scolaire sont encore à l'état embryonnaire. En effet, d'après une revue systématique de vingt-quatre études portant sur la durabilité des IPS, les auteurs ont constaté que la plupart de celles-ci portaient uniquement sur les premiers stades de la mise en œuvre. De plus, seulement deux d'entre elles s'intéressaient plus particulièrement à l'institutionnalisation<sup>7</sup>. Les quelques études qualitatives dont on dispose font ressortir divers obstacles à l'institutionnalisation, à savoir le manque de ressources, une adhésion et une participation insuffisantes du personnel enseignant et des parents, des changements à la direction de l'école, la dotation en personnel, la culture et les besoins des élèves, le manque de formation du personnel, l'incompatibilité de l'IPS avec l'environnement scolaire, les objectifs, les mandats et, enfin, une connaissance inadéquate de la façon de mettre en œuvre et d'évaluer l'IPS<sup>6,8,10</sup>.

Dans cette étude, nous avons défini les IPS comme des activités complémentaires au programme d'enseignement (offertes sans coût supplémentaire) en classe à tous les élèves et pour lesquelles on s'attend à la participation des élèves. Nous avons attribué au terme « institutionnalisation » le sens d'intégration, sous forme écrite, de l'IPS dans le projet éducatif de l'école (ce dernier décrivant les valeurs, les orientations et les objectifs éducatifs de l'école) de même que les actions concrètes, les indicateurs et les mesures d'évaluation qui permettent d'assurer la réalisation de ce projet éducatif<sup>11</sup>.

Le ministère de l'Éducation du Québec met à jour périodiquement (en général, tous les cinq ans) son plan stratégique en matière d'éducation dans lequel il « définit [...] les grandes orientations que le système d'éducation devrait mettre de l'avant et indique les résultats auxquels il s'attend »<sup>11, p. 5</sup>. Les commissions scolaires et les écoles qu'elles supervisent élaborent ensuite leurs projets éducatifs en conformité avec le plan stratégique du Ministère

et, chaque année, les écoles rendent compte des progrès accomplis dans la réalisation de leur projet éducatif auprès de leur commission scolaire et du public.

Nous ne considérons pas l'institutionnalisation d'une IPS et sa durabilité comme deux concepts équivalents, dans la mesure où la durabilité a une portée plus vaste. Nous avons dégagé les corrélats de l'institutionnalisation des IPS à partir d'un éventail de caractéristiques liées aux écoles et aux IPS. En outre, nous avons étudié de nombreux types d'IPS, qui ciblent une multitude de questions de santé au sein d'un large échantillon d'écoles primaires. Pour sélectionner les corrélats potentiels, nous avons eu recours à la théorie de la diffusion<sup>12</sup>, qui définit quatre phases à la réalisation d'une IPS, soit la planification, la mise en œuvre, la durabilité et l'expansion. Fait important à noter, notre modèle conceptuel adapté<sup>13</sup> s'appuie également sur la théorie socioécologique<sup>14</sup>, ce qui permet de situer l'IPS offerte dans le contexte scolaire ainsi que dans les contextes élargis de la collectivité et des systèmes éducatifs et politiques. Enfin, nous avons limité notre étude aux écoles primaires, étant donné la différence marquée qui existe entre les écoles primaires et les écoles secondaires sur le plan du cadre, des ressources et des besoins des élèves.

## Méthodologie

Le projet PromeSS<sup>15</sup> porte sur les inégalités sociales en matière d'offre d'IPS dans les écoles primaires et secondaires du Québec (Canada) à l'aide d'enquêtes transversales. De 2016 à 2019, des données ont été recueillies auprès de directeurs et directrices d'école, de directeurs adjoints et directrices adjointes ainsi que de membres du personnel enseignant, dans un échantillon de commodité de 171 écoles primaires publiques de la province. Les détails du projet ont déjà été présentés ailleurs<sup>13</sup>.

### Approbation de l'éthique de la recherche

Le projet PromeSS a été approuvé par le Comité d'éthique à la recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Le certificat d'approbation éthique du CHUM (2013-4130, CE 12.307) a été remis à toutes les commissions scolaires admissibles et à tous les directeurs et directrices d'école qui en ont fait la demande. Afin de communiquer avec les écoles, nous avons obtenu le consentement

des commissions scolaires dont elles relèvent, et chaque directeur ou directrice d'école a donné son consentement à la participation au projet.

### Procédures

Les procédures de collecte de données sont décrites ailleurs<sup>13,16</sup>. En résumé, les données ont été recueillies dans le cadre d'entrevues téléphoniques structurées en deux parties (durée médiane des entrevues : 52 minutes) réalisées en français ou en anglais par des enquêteurs formés. Les directeurs et directrices d'école ont été invités à répondre aux questions de l'entrevue et, s'ils travaillaient depuis moins de six mois au sein de leur école ou s'ils n'étaient pas disponibles, ils devaient nommer un autre informateur clé (soit le directeur adjoint ou la directrice adjointe, soit un autre membre du personnel). Dans la première partie de l'entrevue, les informateurs clés des écoles devaient fournir des renseignements sur les caractéristiques de l'école, sur eux-mêmes (poste occupé, nombre d'années de travail au sein de l'école) et sur les IPS offertes.

Dans la seconde partie de l'entrevue, les participants devaient répondre à des questions après avoir reçu la consigne suivante : « Les questions suivantes se rapportent à UNE intervention spécifique de promotion de la santé qui est présentement offerte dans votre école, ou l'était au cours des 3 dernières années. Si votre école offre présentement une intervention de contrôle du tabagisme, ou en a offert une au cours des 3 dernières années, répondez aux questions suivantes en faisant référence à cette intervention en particulier. Si votre école n'offre aucune intervention de contrôle du tabagisme présentement, ou n'en a pas offert au cours des 3 dernières années, alors songez à toute intervention dans le domaine de la santé qui est présentement en cours, ou l'a été dans les 3 dernières années. Répondez aux questions suivantes en faisant référence à une de ces interventions. Il convient de noter que les choix de réponse sont rédigés au passé; nous savons toutefois que certaines interventions pourraient toujours être offertes. » Les questionnaires PromeSS I 2017-2019 pour les écoles élémentaires (adoption d'IPS [partie 1] et mise en œuvre des IPS [partie 2]) sont disponibles ici : <https://fr.celphie.ca/promess-questionnaires>.

Si aucune IPS n'avait été offerte dans l'école au cours des trois années précédentes,

l'enquêteur sautait les questions sur l'IPS de référence. Sinon, après avoir choisi une IPS de référence, les participants devaient répondre à des questions approfondies sur la question de santé ciblée et sur la sélection, la planification, la mise en œuvre et l'institutionnalisation de l'IPS. Certains éléments du questionnaire PromeSS ont été élaborés pour les besoins du projet, tandis que d'autres ont été tirés ou adaptés d'études antérieures<sup>17</sup>.

### Variables de l'étude

Pour mesurer l'institutionnalisation de l'IPS de référence, nous avons utilisé la question suivante : « Est-ce que (*nom de l'intervention*) est explicitement inscrite dans les orientations de l'école (ex. dans le projet éducatif, le plan de réussite, etc.)? » Les choix de réponse étaient « oui » et « non ».

Nous avons évalué dix caractéristiques relevant de l'école. Six sont liées à la structure de l'école ou au profil sociodémographique des élèves : 1) le niveau de défavorisation scolaire; 2) la taille du centre de population desservi par l'école; 3) la langue d'enseignement (français ou anglais; déterminée par la commission scolaire); 4) le nombre d'élèves au sein de l'école; 5) le roulement du personnel enseignant; 6) le roulement au poste de directeur ou directrice. Quatre caractéristiques concernent la culture d'école promotrice de santé : 7) la participation des parents et de la collectivité à la vie scolaire; 8) l'engagement de l'école et du personnel enseignant à l'égard de la santé des élèves; 9) l'environnement physique de l'école; 10) l'aptitude au leadership du directeur ou de la directrice (c.-à-d. la mesure dans laquelle il lui est facile d'accomplir sept tâches; tableau 1).

Le concept de « culture d'école promotrice de santé » englobe les éléments contextuels de l'école (valeurs, attentes, ressources) qui ont une influence sur la mise en œuvre des IPS<sup>18</sup>. Il s'agit d'un concept tiré du système de l'école promotrice de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), système qui vise 1) à intégrer les IPS dans le programme d'enseignement officiel de l'école, 2) à favoriser la santé et le bien-être des élèves par la promotion de certaines valeurs et de certaines attitudes ainsi que par la mise en place d'un environnement physique favorable et 3) à mobiliser les familles des élèves et la collectivité<sup>18</sup>.

Les échelles utilisées pour mesurer la participation des parents et de la collectivité, l'engagement de l'école et du personnel enseignant ainsi que l'environnement physique ont été obtenues par analyse factorielle exploratoire. L'échelle permettant de mesurer l'aptitude au leadership du directeur ou de la directrice a été élaborée à partir de zéro<sup>18</sup>. Le tableau 1 présente la méthode de calcul et de codage ainsi que le libellé des caractéristiques liées à l'école.

Les seize caractéristiques de l'IPS de référence susceptibles d'influer sur l'institutionnalisation étaient les suivantes : 1) le nombre d'années pendant lesquelles l'IPS a été offerte dans l'école; 2) la nature globale de l'IPS au sein de l'école (l'IPS a-t-elle bénéficié à tous les niveaux scolaires?); 3) le(s) responsable(s) de la conception de l'IPS; 4) le nombre de compétences de base visées par l'IPS<sup>22</sup>; 5) le nombre de stratégies d'enseignement utilisées; 6) la présence d'un champion du programme; 7) le poste occupé par les personnes chargées d'offrir l'IPS (aussi appelées « animateurs »; voir le tableau 2 pour une liste d'exemples); 8) le fait d'inviter les familles à participer à l'IPS; 9) le fait d'inviter les groupes communautaires à participer à l'IPS; 10) le(s) responsable(s) de la mise en œuvre de l'IPS; 11) la participation de la commission scolaire à la mise en œuvre de l'IPS; 12) le nombre d'initiatives complémentaires en place à l'école lors de la mise en œuvre de l'IPS; 13) les modifications apportées à l'IPS; 14) le succès perçu de l'IPS; 15) les changements apportés par l'IPS et 16) l'effort d'évaluation. Le tableau 2 présente les éléments du questionnaire, les choix de réponse et la méthode de codage aux fins d'analyse des caractéristiques liées à l'IPS.

### Analyse des données

Après avoir produit les statistiques descriptives, nous avons estimé les associations pour chaque corrélat potentiel dans deux modèles de régression logistique, soit un modèle non ajusté et un modèle ajusté qui tient compte du niveau de défavorisation scolaire, de la taille du centre de population, de la langue d'enseignement et du nombre d'élèves. Nous n'avons pas estimé de modèle qui tiendrait compte de tous les corrélats potentiels, car un modèle de ce type est susceptible d'intégrer des variables relevant de l'enchaînement de causalité du corrélat d'intérêt<sup>23</sup>, ce qui risquerait d'atténuer les estimations

**TABLEAU 1**  
**Éléments du questionnaire, choix de réponse et recodage des choix de réponse aux fins d'analyse : caractéristiques liées à l'école**

Caractéristique	Élément du questionnaire	Choix de réponse	Recodage aux fins d'analyse
Indice de défavorisation scolaire <sup>19</sup>	Nous avons attribué à chaque école un rang décile fondé sur l'indice de défavorisation scolaire de 2016-2017 (indice de milieu socioéconomique [IMSE]), calculé par le ministère de l'Éducation du gouvernement du Québec. L'IMSE est un score qui combine deux variables pour chaque élève qui fréquente l'école, à savoir le fait, pour la mère de l'élève, d'avoir ou non un diplôme d'études secondaires et le fait, pour les deux parents de l'élève, de travailler ou non à temps plein.	1 (le moins défavorisé) à 10 (le plus défavorisé)	Favorisé (1-3) Modérément favorisé (4-7) Défavorisé (8-10)
Taille du centre de population <sup>20</sup>	Les centres de population sont des unités géographiques divisées en quatre groupes : les régions rurales, les petits centres de population (de 1 000 à 29 999 habitants), les centres de population moyens (de 30 000 à 99 999 habitants) et les grands centres urbains de population (100 000 habitants ou plus).	Petit, moyen, grand	Rural/petit Moyen/grand
Roulement du personnel enseignant	« Indiquez votre niveau d'accord. Dans les trois dernières années, votre école a connu ... un roulement du personnel enseignant. »	Pas de roulement depuis plus de 3 ans; pas de roulement depuis 3 ans; peu d'enseignants; quelques enseignants; de nombreux enseignants	Pas de changement/peu de changements Quelques changements/beaucoup de changements
Roulement au poste de directeur ou directrice	« Indiquez votre niveau d'accord. Dans les trois dernières années, votre école a connu ... un roulement au niveau de la direction. »	Pas de roulement depuis plus de 3 ans; pas de roulement depuis 3 ans; 1 changement en 3 ans; 2 changements en 3 ans; 3 changements ou plus en 3 ans	Pas de changement/peu de changements (< 2) Quelques changements/beaucoup de changements (≥ 2)
Participation des parents et de la collectivité à la vie scolaire <sup>21</sup>	« Indiquez votre niveau d'accord. Dans votre école ... 1) les parents assistent aux rencontres avec les enseignants; 2) les parents participent aux événements organisés par l'école; 3) les parents participent à l'OPP (organisme de participation des parents); 4) les parents bénévoles sont faciles à recruter; 5) les partenaires de la communauté (ex. organismes communautaires, etc.) participent à la planification et à la mise en œuvre d'activités ou d'interventions conjointes. »	Fortement en désaccord; en désaccord; ni en accord ni en désaccord; en accord; fortement en accord	Pour obtenir un score, nous avons additionné les réponses, puis nous avons divisé la somme obtenue par le nombre d'éléments auxquels les participants ont répondu (intervalle : 1,75 à 5,00; $\alpha = 0,7$ ).
Engagement du personnel enseignant à l'égard de la santé des élèves <sup>21</sup>	« Quel est votre niveau d'accord avec les énoncés suivants? 1) l'emphase [sic] sur la promotion de la santé dans le projet éducatif de votre école est satisfaisante; 2) les enseignants de votre école sont innovateurs, toujours à la recherche de nouvelles façons d'améliorer l'apprentissage des élèves; 3) les enseignants de votre école ont la santé des élèves à cœur; 4) les enseignants de votre école sont engagés à promouvoir de saines habitudes de vie auprès de leurs élèves. »	Fortement en désaccord; en désaccord; ni en accord ni en désaccord; en accord; fortement en accord	Pour obtenir un score, nous avons additionné les réponses, puis nous avons divisé la somme obtenue par le nombre d'éléments auxquels les participants ont répondu (intervalle : 2,0 à 5,0; $\alpha = 0,7$ ).
Environnement physique de l'école <sup>21</sup>	« Indiquez votre niveau d'accord. Dans votre école ... 1) l'espace désigné pour les repas est agréable et invitant; 2) la distribution alimentaire (incluant la cafétéria, fournisseur externe de nourriture, service de garde, programme de soutien nutritionnel) priorise une nourriture avec une bonne valeur nutritive; 3) les mesures sont en place pour favoriser le transport actif (ex. brigadiers scolaires, support à vélo sécuritaire, etc.); 4) les jours où il n'y a pas de cours d'éducation physique, une activité physique est offerte à tous les élèves (n'inclut pas les activités durant le dîner, les pauses ou avant/après l'école); 5) les installations intérieures pour l'éducation physique, les activités parascolaires et les autres activités physiques répondent aux besoins de tous les élèves; 6) les installations extérieures pour l'éducation physique, les activités parascolaires et les autres activités physiques répondent aux besoins de tous les élèves; 7) les installations intérieures pour les activités physiques sont disponibles pour tous les élèves en dehors des horaires de cours; 8) les installations extérieures pour les activités physiques sont disponibles pour tous les élèves en dehors des horaires de cours; 9) l'accès à des installations intérieures et extérieures pour l'éducation physique, les activités parascolaires et les autres activités physiques qui appartiennent aux autres écoles ou à des organismes communautaires/privés est disponible pour tous les élèves (n'inclut pas les parcs municipaux). »	Fortement en désaccord; en désaccord; ni en accord ni en désaccord; en accord; fortement en accord	Pour obtenir un score, nous avons additionné les réponses, puis nous avons divisé la somme obtenue par le nombre d'éléments auxquels les participants ont répondu (intervalle : 1,17 à 5,00; $\alpha = 0,6$ ).
Aptitude au leadership du directeur ou de la directrice <sup>21</sup>	« Dans votre école, à quel point est-il facile pour le directeur(trice) de ... 1) manifester du leadership pour le changement; 2) établir un climat d'ouverture à l'innovation; 3) s'assurer que les objectifs pédagogiques sont clairement communiqués à chacun; 4) obtenir des ressources pour les interventions de promotion de la santé; 5) favoriser le respect; 6) établir un environnement scolaire sécuritaire et ordonné; 7) guider le personnel dans le processus de résolution des problèmes. »	Fortement en désaccord; en désaccord; ni en accord ni en désaccord; en accord; fortement en accord	Pour obtenir un score, nous avons additionné les réponses, puis nous avons divisé la somme obtenue par le nombre d'éléments auxquels les participants ont répondu (intervalle : 2,57 à 5,00; $\alpha = 0,8$ ).

**TABEAU 2**  
**Éléments du questionnaire, choix de réponse et recodage des choix de réponse aux fins d'analyse : caractéristiques liées à l'IPS**

Caractéristique	Élément du questionnaire	Codage	Recodage aux fins d'analyse
Responsable de la conception de l'IPS	« Qui a été responsable de la conception de ( <i>nom de l'intervention</i> )? »	Directeur(trice); directeur(trice) adjoint(e); enseignant(s) titulaire(s) de votre école; autre(s) enseignant(s) de votre école; membre(s) du personnel professionnel de votre école; groupe interne; commission scolaire (services éducatifs, services aux étudiants); chercheur universitaire ou équipe de recherche; ministère provincial; CISSS/CIUSSS; organisme communautaire; organisme à but non lucratif; organisme à but lucratif; autre.	À l'externe À l'interne À l'externe et à l'interne
Nombre de compétences de base visées par l'intervention <sup>22</sup>	« Parmi les compétences suivantes, lesquelles étaient intégrées à ( <i>nom de l'intervention</i> )? Indiquez toutes les réponses pertinentes. 1) Estime de soi; 2) gestion des émotions et du stress; 3) interactions positives avec les autres; 4) conscience de soi; 5) savoir dire non; 6) demander de l'aide; 7) faire des choix sains; 8) adoption de comportements prosociaux; 9) gestion d'influences sociales; 10) engagement social; 11) autre (spécifiez). »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Pour obtenir un score total, nous avons additionné les réponses « oui » (intervalle : 1 à 11).
Nombre de stratégies d'enseignement utilisées	« Quel(s) type(s) de stratégies d'apprentissage étai(en)t utilisée(s) pour ( <i>nom de l'intervention</i> )? Indiquez toutes les réponses pertinentes. 1) Stratégies magistrales : exposé oral, démonstration pratique; 2) stratégies de travail individuel : pratique autonome; 3) stratégies interactives : groupe de discussion, jeu de rôle, modélisation, pratique dirigée, travail d'équipe; 4) stratégies socioconstructives : enseignement par les pairs, tutorat, apprentissage coopératif; 5) autre (spécifiez). »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Pour obtenir un score total, nous avons additionné les réponses « oui » (intervalle : 1 à 4).
Nature globale de l'IPS au sein de l'école	« À quel(s) niveau(x) ( <i>nom de l'intervention</i> ) a-t-elle été offerte? Indiquez toutes les réponses pertinentes. 1 <sup>re</sup> année; 2 <sup>e</sup> année; 3 <sup>e</sup> année; 4 <sup>e</sup> année; 5 <sup>e</sup> année; 6 <sup>e</sup> année; toutes les années (contenu offert à tous les élèves, mais ajusté selon l'âge); autre (spécifiez). »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Non, oui (si l'intervention a été offerte à tous les élèves, peu importe leur niveau)
Présence d'un champion du programme	« Y a-t-il eu une ou plusieurs personne(s) ayant fortement plaidé en faveur de l'intervention et ayant soutenu son adoption en dépit des obstacles? »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Aucun champion Lors de l'adoption Lors de la mise en œuvre Lors de l'adoption et de la mise en œuvre
Animateurs de l'IPS <sup>a</sup>	« Les animateurs de ( <i>nom de l'intervention</i> ) étaient ... Indiquez toutes les réponses pertinentes. 1) enseignants titulaires; 2) autres enseignants; 3) autres élèves; 4) professionnels de la santé de l'école (ex. infirmière, hygiéniste dentaire, etc.); 5) autre; 6) professionnels de la santé externes à l'école (ex. médecin); 7) membres d'un organisme communautaire; 8) étudiants du cégep <sup>b</sup> ou de l'université; 9) autre. »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	À l'interne (1-5) À l'externe (6-9)
Fait d'inviter les familles à participer à l'IPS	« Est-ce que les familles ont été invitées à participer à ( <i>nom de l'intervention</i> )? »	Non, oui	s.o.
Fait d'inviter les groupes communautaires à participer à l'IPS	« Est-ce que les groupes communautaires ont été invités à participer à ( <i>nom de l'intervention</i> )? »	Non, oui	s.o.
Participation de la commission scolaire à la mise en œuvre de l'IPS	« La commission scolaire a-t-elle été impliquée lors de la mise en œuvre de l'intervention? »	Non, oui	s.o.

Suite à la page suivante

**TABEAU 2 (suite)**  
**Éléments du questionnaire, choix de réponse et recodage des choix de réponse aux fins d'analyse : caractéristiques liées à l'IPS**

Caractéristique	Élément du questionnaire	Codage	Recodage aux fins d'analyse
Responsable de la mise en œuvre de l'IPS	« Qui a été responsable de la planification de la mise en œuvre de ( <i>nom de l'intervention</i> ) dans l'école durant la première année? Indiquez toutes les réponses pertinentes. 1) Une équipe composée des membres de l'équipe-école; 2) une équipe composée des membres de l'équipe-école en collaboration avec un ou des organisme(s); 3) directeur/directrice; 4) directeur/directrice adjoint(e); 5) enseignant(e) titulaire; (6) autre enseignant(e); (7) agence externe; (8) concepteur(s) de l'intervention; (9) autre. »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Personne à l'interne (3-6) Équipe à l'interne (1) Personne ou équipe à l'externe (éléments de réponse 1, 2 et 3-6 non sélectionnés) Équipe à l'interne/à l'externe (2)
Nombre d'initiatives complémentaires en place à l'école lors de la mise en œuvre de l'IPS	« Y avaient-ils [ <i>sic</i> ] d'autres initiatives menées dans votre école avant ou pendant le déroulement de ( <i>nom de l'intervention</i> ) qui abordaient les mêmes problématiques de santé et de bien-être que ( <i>nom de l'intervention</i> )? Indiquez toutes les réponses pertinentes. 1) Campagnes médiatiques (ex. posters, distribution de brochures, médias sociaux, etc.); 2) assemblées; 3) activités parascolaires; 4) liens avec les services offerts par des organisations externes; 5) infrastructure (ex. l'installation de raques [ <i>sic</i> ] à vélo); 6) environnement social (ex. augmenter la surveillance, support [ <i>sic</i> ] pour les étudiants, etc.); 7) politiques scolaires (ex. nutrition, activité physique, harcèlement, etc.); 8) activités offertes par le service de garde; 9) événements spéciaux; 10) autre. »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Pour obtenir un score total, nous avons additionné les réponses « oui » (intervalle : 0 à 7).
Modifications apportées à l'IPS	« Avant la mise en œuvre de ( <i>nom de l'intervention</i> ), votre école a-t-elle apporté des modifications à ( <i>nom de l'intervention</i> )? 1) non, aucune modification n'a été faite; elle pouvait être utilisée telle quelle; 2) non, aucune modification n'a été faite; c'était déjà adapté à notre école; 3) non, aucune modification n'a été faite (autre raison); 4) oui, des modifications mineures; 5) oui, des modifications majeures; 6) oui, mais je ne sais pas si les modifications étaient majeures ou mineures; 7) je ne sais pas, une agence externe était responsable de la mise en œuvre dans notre école.  Est-ce que ( <i>nom de l'intervention</i> ) a changé au cours de sa mise en œuvre? 8) n'a pas changé du tout; 9) a subi des modifications mineures; 10) a subi des modifications majeures; 11) a changé complètement; 12) je ne sais pas, une agence externe était responsable de la mise en œuvre dans notre école. »	s.o.	Aucune modification (1, 2, 3, 7, 8) Modifications avant la mise en œuvre (4, 5, 6) Modifications pendant la mise en œuvre (9, 10, 11) Modifications avant et pendant la mise en œuvre (toute combinaison de réponses « oui » dans les deux catégories)
Succès perçu de l'IPS	« Indiquez votre niveau d'accord. Dans votre école ... 1) ( <i>nom de l'intervention</i> ) a atteint tous ses objectifs; 2) l'abandon de ( <i>nom de l'intervention</i> ) aurait des conséquences fâcheuses sur les élèves; 3) ( <i>nom de l'intervention</i> ) a eu un impact positif sur les élèves; 4) les animateurs aiment travailler sur ( <i>nom de l'intervention</i> ). »	Fortement en désaccord; en désaccord; ni en accord ni en désaccord; en accord; fortement en accord	Pour obtenir un score, nous avons additionné les réponses, puis nous avons divisé la somme obtenue par le nombre d'éléments auxquels les participants ont répondu (intervalle : 2,25 à 5,00; $\alpha = 0,7$ ).

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Éléments du questionnaire, choix de réponse et recodage des choix de réponse aux fins d'analyse : caractéristiques liées à l'IPS**

Caractéristique	Élément du questionnaire	Codage	Recodage aux fins d'analyse
Changements apportés par l'IPS	« Est-ce que les changements suivants se sont produits dans votre école à la suite de la mise en œuvre de ( <i>nom de l'intervention</i> )? 1) changements de l'environnement social (ex. augmentation de la surveillance, support [ <i>sic</i> ] moral pour les élèves, création des coins de détente, etc.), actualisation des rôles et des responsabilités des enseignants, révision des politiques scolaires ou ajout de nouvelles politiques scolaires; 2) changements dans les infrastructures de l'école (p. ex. supports à vélo); ajout d'équipement; 3) ajout d'interventions de promotion de la santé, ajout d'activités parascolaires, modification/suppression d'autres interventions de promotion de la santé. »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Aucun changement (aucun élément de réponse sélectionné)  Environnement social (élément de réponse 1 sélectionné)  Environnement physique (élément de réponse 2 sélectionné)  Activités/interventions (élément de réponse 3 sélectionné)  Environnements social et physique (éléments de réponse 1 et 2 sélectionnés)  Environnement social et activités/interventions (éléments de réponse 1 et 3 sélectionnés)  Environnement physique et activités/interventions (éléments de réponse 2 et 3 sélectionnés)  Tout (éléments de réponse 1, 2 et 3 sélectionnés)
Effort d'évaluation	« Pour évaluer ( <i>nom de l'intervention</i> ), votre école a-t-elle ... 1) tenu des rencontres régulières; 2) obtenu un retour d'information de la part des animateurs de ( <i>nom de l'intervention</i> ); 3) documenté à quel point la mise en œuvre a été exécutée conformément au plan; 4) documenté le nombre d'élèves qui ont participé à ( <i>nom de l'intervention</i> ); 5) documenté les barrières et les facilitateurs à la mise en œuvre; 6) fait un suivi formel sur les retombées de ( <i>nom de l'intervention</i> ). »	Non, oui (pour chaque élément de réponse)	Nous avons retenu l'élément de réponse sélectionné correspondant au niveau d'effort d'évaluation le plus élevé :  Aucune évaluation (aucun élément de réponse sélectionné)  Évaluation non officielle (élément de réponse 1 ou 2 sélectionné)  Documentation administrative (élément de réponse 3, 4 ou 5 sélectionné)  Évaluation officielle (élément de réponse 6 sélectionné)

**Abréviations :** cégep, collège d'enseignement général et professionnel; CISSS/CIUSSS, centre intégré de santé et de services sociaux/centre intégré universitaire de santé et de services sociaux; IPS, intervention de promotion de la santé; s.o., sans objet.

<sup>a</sup> Les animateurs désignent les personnes qui sont chargées d'offrir l'IPS.

<sup>b</sup> Un cégep est une école publique qui offre le premier niveau d'enseignement postsecondaire au Québec; il se compare aux collèges préuniversitaires ou communautaires ailleurs au Canada ainsi qu'aux États-Unis.

produites<sup>24</sup>. De plus, étant donné que les deux modèles estimés pour chaque corrélat ne testent qu'une seule hypothèse, nous n'avons pas réalisé d'ajustement pour comparaisons multiples<sup>25</sup>.

Les variables avec données manquantes étaient les suivantes : l'institutionnalisation (n = 5, 3 %); le nombre d'élèves (n = 1, 0,6 %); le roulement du personnel enseignant (n = 2, 1,2 %); le roulement au poste de directeur ou directrice (n = 2, 1,2 %); l'aptitude au leadership du directeur ou de la directrice (n = 17, 10,4 %); le nombre d'années pendant lesquelles l'IPS a été offerte à l'école (n = 10, 6,1 %); le fait d'inviter les familles à participer (n = 19, 11,7 %); le fait d'inviter les groupes communautaires à participer (n = 20, 12,3 %); la participation de la commission scolaire (n = 17, 10,4 %); la présence d'un champion du programme (n = 2, 1,2 %) et les modifications apportées à l'IPS (n = 19, 11,7 %). Nous avons eu recours à la méthode d'imputation multiple pour traiter les données manquantes sur l'institutionnalisation et les corrélats potentiels. Conformément à la méthode de calcul en deux temps de von Hippel qui vise à déterminer le nombre d'ensembles de données d'imputation nécessaires au calcul des estimations reproductibles des erreurs-types<sup>26</sup>, nous avons créé vingt ensembles de données imputées par méthode de la moyenne prédite par appariement avec les dix plus proches voisins pour les variables continues et ordinales<sup>27</sup>, par régression logistique pour les variables binaires et par régression binomiale négative pour le nombre d'élèves, une variable surdispersée<sup>28</sup>.

## Résultats

### *Informateurs clés et caractéristiques des écoles*

Des 171 écoles primaires participant au projet PromESS, 163 (95 %) ont fourni des données sur l'IPS de référence et ont été retenues pour l'analyse. Les informateurs clés des écoles étaient des directeurs et directrices (93 %), des directeurs adjoints et directrices adjointes (4 %) et des enseignants (3 %) et, en moyenne, ils travaillaient au sein de leur école depuis 3,4 ans (écart-type [ET] = 2,6; intervalle = 1 à 10). Les caractéristiques des écoles primaires participantes étaient similaires à

celles de l'ensemble des écoles primaires admissibles au Québec en ce qui a trait au niveau de défavorisation scolaire (35 % des écoles participantes accueillait des élèves défavorisés, contre 38 % des écoles admissibles)<sup>19</sup>, à la langue d'enseignement (principalement le français, 83 %) et au nombre d'élèves<sup>13</sup>. Au total, 56 % des écoles participantes étaient situées en région rurale ou dans de petits centres de population (29 999 habitants ou moins). Enfin, des informateurs clés ont rapporté qu'il y avait eu dans leur école « quelques changements ou beaucoup de changements » au cours des trois années précédentes en ce qui concerne le roulement du personnel enseignant (à 42 %) et le roulement au poste de directeur ou directrice (à 22 %).

### *Description des IPS de référence*

Au sein des 163 écoles participantes, 147 IPS différentes ont été choisies par les participants lors de la seconde partie de l'entrevue, certaines de ces IPS ayant été décrites antérieurement<sup>13</sup>. Ces IPS portaient sur une ou plusieurs questions de santé (activité physique et saine alimentation\*, sécurité personnelle et prévention des blessures, intimidation\*, comportements agressifs, santé mentale, hygiène personnelle, puberté, prévention des dépendances, santé bucco-dentaire\*, prévention du tabagisme et éducation sur le tabagisme)<sup>29-32</sup>. Cinquante-six pour cent des IPS de référence (n = 88) avaient été institutionnalisées, et la moitié étaient offertes à l'école depuis au moins trois ans (intervalle interquartile = 2 à 6, intervalle = 1 à 43). Parmi les IPS de référence ciblant des sujets exigés par le gouvernement du Québec, les trois IPS axées sur la santé bucco-dentaire avaient été institutionnalisées, tandis que le pourcentage d'IPS institutionnalisées était de 84 % (36/43) pour l'intimidation, de 45 % (42/93) pour l'activité physique et de 46 % (32/70) pour la saine alimentation.

### *Corrélats de l'institutionnalisation liés à l'école*

Trois aspects de la culture d'école promotrice de santé (participation des parents et de la collectivité à la vie scolaire, engagement de l'école et du personnel enseignant à l'égard de la santé des élèves et environnement physique de l'école) étaient associés positivement à l'institutionnalisation des IPS. Du côté des caractéristiques

touchant la structure de l'école et le profil sociodémographique des élèves, aucune n'était liée à l'institutionnalisation des IPS (tableau 3).

### *Corrélats de l'institutionnalisation liés à l'IPS*

Quatre caractéristiques de l'IPS étaient associées positivement à l'institutionnalisation des IPS de référence (tableau 4). Les IPS qui faisaient appel à un plus grand nombre de compétences de base ou de stratégies d'enseignement, ou les deux, étaient plus susceptibles d'avoir été institutionnalisées, au même titre que les IPS auxquelles des modifications avaient été apportées au cours de la mise en œuvre, ou encore avant et pendant la mise en œuvre. En outre, plus la perception de réussite de l'IPS était élevée, plus la probabilité d'institutionnalisation était grande. Enfin, les IPS auxquelles les familles avaient été invitées à participer étaient moins susceptibles d'avoir été institutionnalisées que les IPS auxquelles les familles n'avaient pas été invitées à participer. Les rapports de cotes ajustés pour les variables dont les valeurs ont été imputées présentaient un écart maximal de 0,09 par rapport aux rapports de cotes ajustés provenant des analyses de sensibilité sur cas complets.

Seule une évaluation officielle de la mesure dans laquelle une IPS répond aux critères mesurables établis permet de déterminer l'efficacité de l'intervention<sup>33</sup>. Dans cette étude, nous n'avons pas observé de lien entre l'institutionnalisation et l'effort d'évaluation alors que, dans une étude menée précédemment, les IPS de référence étaient perçues comme étant très réussies<sup>16</sup>. Le succès perçu était équivalent pour les IPS ayant fait l'objet d'une évaluation non officielle (moyenne [ET] = 4,38 [0,58]), d'une évaluation par documentation (4,19 [0,52]) ou d'une évaluation officielle (4,31 [0,49];  $F(2/160) = 1,46, p = 0,23$ ).

## Analyse

Dans cette étude, nous avons dégagé les corrélats de l'institutionnalisation des IPS parmi une vaste gamme de caractéristiques liées aux écoles et aux IPS dans les écoles primaires du Québec (Canada). L'institutionnalisation des IPS en milieu scolaire comporte plusieurs avantages, que l'on pense à la durabilité de l'IPS, à

\* Exigence du gouvernement du Québec pour les écoles primaires.

TABLEAU 3

Rapports de cotes non ajustés et ajustés et intervalles de confiance à 95 % tirés des modèles de régression logistique sur l'association entre les caractéristiques de l'école et l'institutionnalisation des interventions de promotion de la santé en milieu scolaire

	N <sup>a</sup>	Proportion d'interventions institutionnalisées (%)	RC (IC à 95 %)	RCa <sup>b</sup> (IC à 95 %)
<b>Niveau de défavorisation scolaire</b>				
Favorisé	34	56,3	Réf.	Réf.
Modérément favorisé	71	58,0	1,12 (0,48 à 2,60)	1,08 (0,45 à 2,57)
Défavorisé	58	52,6	0,90 (0,38 à 2,14)	0,81 (0,31 à 2,14)
<b>Taille du centre de population</b>				
Rural/petit	91	55,7	Réf.	Réf.
Moyen/grand	72	55,7	1,03 (0,55 à 1,93)	0,94 (0,43 à 2,07)
<b>Langue d'enseignement</b>				
Français	136	53,4	Réf.	Réf.
Anglais	27	66,7	1,72 (0,72 à 4,12)	1,77 (0,72 à 4,34)
<b>Nombre d'élèves<sup>c</sup></b>			0,99 <sup>d</sup> (0,91 à 1,08)	0,99 <sup>d</sup> (0,89 à 1,10)
< 149	40	60,0		
149 à 265	41	70,3		
266 à 425	40	35,9		
≥ 426	41	58,5		
<b>Roulement du personnel enseignant</b>				
Pas de changement/peu de changements	92	58,9	Réf.	Réf.
Quelques changements/beaucoup de changements	69	50,0	0,71 (0,38 à 1,34)	0,71 (0,37 à 1,35)
<b>Roulement au poste de directeur ou directrice</b>				
Pas de changement/peu de changements	125	56,8	Réf.	Réf.
Quelques changements/beaucoup de changements	36	48,4	0,77 (0,35 à 1,68)	0,79 (0,36 à 1,75)
<b>Participation des parents et de la collectivité à la vie scolaire<sup>c</sup></b>			2,07 (1,22 à 3,49)	2,32 (1,31 à 4,08)
1 <sup>er</sup> quartile	35	28,6		
2 <sup>e</sup> quartile	35	65,7		
3 <sup>e</sup> quartile	48	65,1		
4 <sup>e</sup> quartile	45	60,0		
<b>Engagement de l'école et du personnel enseignant à l'égard de la santé des élèves<sup>c</sup></b>			2,18 (1,18 à 4,03)	2,33 (1,22 à 4,44)
1 <sup>er</sup> quartile	46	40,9		
2 <sup>e</sup> quartile	39	58,3		
3 <sup>e</sup> quartile	26	50,0		
4 <sup>e</sup> quartile	59	69,2		
<b>Environnement physique de l'école<sup>c</sup></b>			1,80 (1,07 à 3,02)	1,74 (1,02 à 2,97)
1 <sup>er</sup> quartile	41	46,2		
2 <sup>e</sup> quartile	38	44,4		
3 <sup>e</sup> quartile	48	57,5		
4 <sup>e</sup> quartile	36	75,0		
<b>Aptitude au leadership du directeur ou de la directrice<sup>c</sup></b>			1,88 (0,93 à 3,81)	1,96 (0,96 à 4,03)
1 <sup>er</sup> quartile	36	55,9		
2 <sup>e</sup> quartile	35	43,8		
3 <sup>e</sup> quartile	40	65,0		
4 <sup>e</sup> quartile	35	62,9		

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

**Remarque :** Les modèles ont été exécutés à l'aide de données imputées. Les caractères gras signifient que l'intervalle de confiance exclut la valeur nulle (1,00).

<sup>a</sup> Les sommes ne totalisent pas toujours 163 en raison des données manquantes.

<sup>b</sup> Valeur ajustée en fonction du niveau de défavorisation scolaire, de la taille du centre de population, de la langue d'enseignement et du nombre d'élèves.

<sup>c</sup> Les corrélats potentiels qui correspondent à des variables continues sont présentés par catégorie à des fins descriptives; toutefois, dans les modèles analytiques, ils ont été conservés sous forme de variables continues.

<sup>d</sup> Le RC représente la variation des cotes par tranche de 50 élèves.

**TABEAU 4**  
**Rapports de cotes non ajustés et ajustés et intervalles de confiance à 95 % tirés des modèles de régression logistique sur l'association entre les caractéristiques de l'intervention et l'institutionnalisation des interventions de promotion de la santé en milieu scolaire**

	N <sup>a</sup>	Proportion d'interventions institutionnalisées (%)	RC (IC à 95 %)	RCa <sup>b</sup> (IC à 95 %)
Nombre d'années pendant lesquelles l'IPS a été offerte à l'école <sup>c</sup>			1,06 (0,98 à 1,15)	1,06 (0,97 à 1,16)
< 2 ans	33	48,5		
2 ans	31	51,6		
3–4 ans	34	63,6		
≥ 5 ans	55	66,0		
Nature globale de l'IPS au sein de l'école				
Non	56	55,8	Réf.	Réf.
Oui	107	55,7	0,98 (0,50 à 1,89)	0,99 (0,50 à 1,94)
Responsable de la conception de l'IPS				
À l'externe	91	60,0	Réf.	Réf.
À l'interne	60	50,9	0,72 (0,37 à 1,41)	0,71 (0,36 à 1,39)
À l'externe et à l'interne	12	45,5	0,53 (0,15 à 1,87)	0,52 (0,15 à 1,87)
Nombre de compétences visées par l'IPS <sup>c</sup>			1,39 (1,19 à 1,61)	1,39 (1,19 à 1,62)
< 5	81	38,8		
≥ 5	82	73,1		
Nombre de stratégies d'enseignement utilisées <sup>c</sup>			1,77 (1,22 à 2,58)	1,80 (1,22 à 2,65)
1	71	44,9		
2	55	55,8		
3 ou 4	37	75,7		
Présence d'un champion du programme				
Aucun champion	24	59,1	Réf.	Réf.
Adoption seulement	14	35,7	0,42 (0,11 à 1,68)	0,42 (0,10 à 1,66)
Mise en œuvre seulement	17	47,1	0,64 (0,18 à 2,27)	0,66 (0,18 à 2,39)
Adoption et mise en œuvre	106	58,3	1,03 (0,41 à 2,58)	0,97 (0,38 à 2,49)
Animateurs de l'IPS				
À l'interne	117	54,4	Réf.	Réf.
À l'externe	17	53,3	0,91 (0,31 à 2,63)	0,90 (0,31 à 2,65)
À l'interne et à l'externe	29	62,1	1,35 (0,58 à 3,11)	1,23 (0,52 à 2,91)
Familles invitées à participer à l'IPS				
Non	70	67,7	Réf.	Réf.
Oui	74	45,8	0,40 (0,21 à 0,77)	0,42 (0,21 à 0,82)
Groupes communautaires invités à participer à l'IPS				
Non	124	56,2	Réf.	Réf.
Oui	19	55,6	1,08 (0,41 à 2,82)	1,09 (0,41 à 2,88)
Responsable de la mise en œuvre de l'IPS				
Personne à l'interne	26	46,2	Réf.	Réf.
Équipe à l'interne	24	56,5	1,53 (0,49 à 4,72)	1,55 (0,49 à 4,92)
Personne ou équipe à l'externe	47	51,1	1,28 (0,49 à 3,36)	1,29 (0,49 à 3,40)
Équipe à l'interne/à l'externe	66	62,5	1,90 (0,75 à 4,76)	1,93 (0,76 à 4,88)
Participation de la commission scolaire à la mise en œuvre de l'IPS				
Non	116	58,6	Réf.	Réf.
Oui	30	53,3	0,85 (0,38 à 1,90)	0,86 (0,38 à 1,95)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)

Rapports de cotes non ajustés et ajustés et intervalles de confiance à 95 % tirés des modèles de régression logistique sur l'association entre les caractéristiques de l'intervention et l'institutionnalisation des interventions de promotion de la santé en milieu scolaire

	N <sup>a</sup>	Proportion d'interventions institutionnalisées (%)	RC (IC à 95 %)	RCa <sup>b</sup> (IC à 95 %)
Nombre d'initiatives complémentaires en place à l'école lors de la mise en œuvre de l'IPS <sup>c</sup>			1,08 (0,89 à 1,30)	1,06 (0,88 à 1,29)
0	42	53,7		
1	42	42,9		
2	30	75,3		
≥ 3	49	57,8		
<b>Modifications apportées à l'IPS</b>				
Aucune modification	47	40,0	Réf.	Réf.
Avant la mise en œuvre	13	63,6	2,56 (0,65 à 10,02)	2,67 (0,64 à 11,20)
Pendant la mise en œuvre	49	71,4	<b>3,73 (1,61 à 8,74)</b>	<b>3,96 (1,68 à 9,33)</b>
Avant et pendant la mise en œuvre	35	61,8	<b>2,62 (1,08 à 6,33)</b>	<b>2,62 (1,06 à 6,45)</b>
Succès perçu de l'IPS <sup>c</sup>			<b>2,67 (1,38 à 5,14)</b>	<b>2,57 (1,33 à 4,98)</b>
1 <sup>er</sup> quartile	37	40,5		
2 <sup>e</sup> quartile	54	50,0		
3 <sup>e</sup> quartile	29	60,7		
4 <sup>e</sup> quartile	43	72,1		
<b>Changements apportés par l'IPS</b>				
Aucun changement	15	57,1	Réf.	Réf.
Environnement social	18	64,7	1,37 (0,32 à 5,80)	1,36 (0,31 à 5,97)
Environnement physique	4	25,0	0,25 (0,02 à 3,06)	0,23 (0,02 à 2,97)
Interventions offertes	18	44,4	0,60 (0,15 à 2,47)	0,63 (0,15 à 2,64)
Environnement social et physique	12	41,7	0,54 (0,11 à 2,57)	0,41 (0,08 à 2,06)
Environnement social et interventions	30	60,7	1,23 (0,44 à 4,48)	1,26 (0,34 à 4,68)
Environnement physique et interventions	12	16,7	<b>0,15 (0,02 à 0,96)</b>	0,16 (0,02 à 1,01)
Changements dans toutes les sphères susmentionnées	54	67,9	1,55 (0,46 à 5,20)	1,57 (0,45 à 5,40)
<b>Effort d'évaluation de l'IPS</b>				
Évaluation non officielle <sup>d</sup>	13	46,2	Réf.	Réf.
Documentation administrative	80	42,7	0,91 (0,28 à 2,96)	0,94 (0,28 à 3,13)
Évaluation officielle	70	71,4	2,92 (0,87 à 9,76)	3,09 (0,90 à 10,59)

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; IPS, intervention de promotion de la santé; RC, rapport de cotes; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., groupe de référence.

**Remarque :** Les modèles ont été exécutés à l'aide de données imputées. Les caractères gras signifient que l'intervalle de confiance exclut la valeur nulle (1,00).

<sup>a</sup> Les sommes ne totalisent pas toujours 163 en raison des données manquantes.

<sup>b</sup> Valeur ajustée en fonction du niveau de défavorisation scolaire, de la taille du centre de population, de la langue d'enseignement et du nombre d'élèves.

<sup>c</sup> Les corrélats potentiels qui correspondent à des variables continues sont présentés par catégorie à des fins descriptives; toutefois, dans les modèles analytiques, ils ont été conservés sous forme de variables continues.

<sup>d</sup> Toutes les écoles ont mentionné avoir réalisé au moins une évaluation non officielle.

l'uniformité au fil du temps, à la reddition de comptes ou à la capacité d'expansion<sup>8,34,35</sup>. L'institutionnalisation est généralement perçue comme une mesure qui contribue au maintien des IPS après la phase de mise en œuvre initiale, et ce, au profit des élèves<sup>8</sup>. Dans cette étude, plus de la moitié des IPS avaient été institutionnalisées. Les corrélats de l'institutionnalisation que nous avons relevés sont décrits ci-dessous.

### Corrélats de l'institutionnalisation liés à l'école

Les indicateurs de la culture scolaire associés à l'institutionnalisation des IPS étaient une participation active des parents et de la collectivité à la vie scolaire, un fort engagement des membres de l'équipe-école à l'égard de la santé des élèves et un environnement physique favorable à la santé des élèves. On sait que les croyances

et les normes véhiculées au sein de l'école (la culture scolaire) sont des éléments moteurs des processus opérationnels et des motivations qui orientent la mise en œuvre des IPS<sup>8</sup>. L'accès à de l'espace et à du matériel pour la promotion de la santé est susceptible d'accroître la probabilité que l'équipe-école choisisse une IPS qui cadre avec le contexte scolaire. Un fort engagement du personnel scolaire à l'égard de la promotion de la santé chez les élèves

peut avoir une influence positive sur la perception des IPS dans le milieu scolaire, surtout dans les écoles où les membres du personnel croient en la pertinence et en l'importance de telles interventions. Enfin, nos résultats convergent par rapport aux données probantes dont nous disposons, selon lesquelles les directeurs et directrices d'école ont un rôle indispensable à jouer dans l'orientation du personnel vers les objectifs, l'obtention de ressources, la répartition des responsabilités et la résolution des conflits, puisque de multiples études faisant ressortir la nécessité d'un leadership solide pour faciliter la mise en œuvre des IPS<sup>36</sup>.

Deux revues systématiques ont porté récemment sur les obstacles et les facteurs favorables à la durabilité des IPS en milieu scolaire (les IPS étudiées portaient sur une multitude de thèmes liés à la santé)<sup>7,34</sup>. Même si la plupart des interventions incluses dans ces deux revues n'avaient pas été maintenues dans leur intégralité, Herlitz et ses collaborateurs ont tout de même relevé quatre catégories de facteurs associés à la durabilité des IPS : la capacité des écoles à maintenir les IPS, la motivation et l'engagement du personnel à maintenir les IPS, l'adaptabilité et l'intégration des IPS ainsi que le cadre politique général. Les chercheurs ont constaté que le leadership exercé par les directeurs et directrices d'école et les cadres scolaires, d'une part, ainsi que la confiance du personnel en sa capacité à promouvoir la santé et son engagement à le faire, d'autre part, étaient des facteurs systématiquement liés à la durabilité des IPS<sup>7</sup>, ce qui concorde avec nos constatations.

Nos résultats viennent également appuyer les conclusions d'études antérieures qui soulignent l'importance d'instaurer des conditions favorables dans les écoles, que ce soit avant d'introduire une IPS ou en tant qu'objectif de l'intervention, et de tenir compte du climat ou de la culture au sein de l'école lorsqu'il s'agit d'adapter une IPS<sup>21,37</sup>. La réussite à long terme passe par une approche globale et collaborative qui s'attaque aux questions de santé publique complexes visées par de nombreuses IPS. L'initiative APPLE Schools suggère qu'il est possible d'améliorer la culture scolaire en vue d'accroître l'accessibilité et l'efficacité des IPS au Canada : il s'agit d'une IPS novatrice, fondée sur des données probantes, qui favorise une culture créant des conditions favorables au changement de comportements (saine

alimentation, activité physique, bien-être mental) en milieu scolaire chez les élèves<sup>38-40</sup>.

### **Corrélat de l'institutionnalisation liés à l'IPS**

Plusieurs caractéristiques des IPS étaient associées à l'institutionnalisation. Premièrement, les IPS qui intégraient un plus grand nombre de compétences de base ou de stratégies d'enseignement, ou les deux, étaient plus susceptibles d'avoir été institutionnalisées. Selon les recherches, les IPS à volets multiples offertes en milieu scolaire sont plus susceptibles de répondre aux critères établis et d'être rentables et durables que les interventions à un seul volet<sup>40</sup>. Deuxièmement, il était plus probable qu'une IPS ait été institutionnalisée si elle avait subi des modifications avant ou pendant sa mise en œuvre. En effet, en adoptant une approche universelle, les responsables risquent de négliger les modifications nécessaires à apporter à une IPS afin qu'elle soit adaptée à leur école<sup>41</sup>. Chaque école a un environnement, une population d'élèves, un personnel et une culture qui lui sont propres, ce qui fait que ce qui fonctionne dans une école peut ne pas convenir ailleurs. Il est essentiel de modifier ou d'adapter les IPS en fonction de la culture et du contexte de chaque école de façon à accroître la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité de l'intervention, d'intégrer des ressources et des atouts locaux et d'assurer l'institutionnalisation de l'intervention<sup>41</sup>.

Troisièmement, les IPS qui faisaient appel aux familles étaient moins susceptibles d'avoir été institutionnalisées que les IPS dans le cadre desquelles la participation des familles n'était pas sollicitée. Il s'agit là d'une constatation étonnante, car la participation des familles et d'autres intervenants externes est un élément important recommandé pour la réussite des IPS<sup>42-44</sup>. Il est possible que les questions de confidentialité et de protection des renseignements personnels soulèvent des préoccupations ou que le fait d'exclure les parents facilite la mise en œuvre de l'IPS et en augmente l'efficacité. En outre, la participation des parents peut exiger des efforts de coordination et des ressources supplémentaires. Toutefois, l'implication parentale peut être déterminante dans la réussite d'une IPS, surtout lorsqu'il s'agit de promouvoir des comportements sains à l'extérieur de l'école<sup>42-44</sup>. Il est donc essentiel de trouver un juste équilibre entre les

avantages de l'institutionnalisation et les avantages potentiels de la participation des parents.

Quatrièmement, les IPS qui étaient perçues comme étant réussies étaient plus susceptibles d'avoir été institutionnalisées. La perception de succès peut susciter le soutien et l'adhésion des principaux intervenants, notamment des cadres scolaires, des membres de l'équipe-école et des parents, qui pourraient être plus enclins à consacrer des ressources à l'intervention au fil du temps<sup>8</sup>.

Il est important de souligner que ni le succès perçu ni l'institutionnalisation d'une IPS ne peuvent garantir l'efficacité présente ou future de l'intervention (le fait qu'elle réponde aux critères établis) : seule une évaluation officielle permet de se prononcer sur cette efficacité<sup>63,37</sup>. De nombreuses IPS en milieu scolaire ne sont pas évaluées dans la pratique par manque de temps ou de ressources, ou encore en raison de difficultés liées à la mesure des résultats à court terme et à long terme en matière de santé, et sont maintenues malgré leur inefficacité. Dans un sondage mené auprès de professionnels de la santé publique travaillant pour des services de santé locaux et de l'État et des organismes connexes des États-Unis, de 36 % à 42 % des répondants ont indiqué que des programmes efficaces qui auraient dû être maintenus avaient été abandonnés, et de 25 % à 29 % des répondants ont mentionné que des programmes inefficaces qui auraient dû prendre fin avaient été maintenus<sup>45</sup>. Le succès perçu d'une IPS peut ne pas correspondre à son efficacité lorsque l'intervention n'a pas fait l'objet d'une évaluation adéquate. Nous suggérons que le Ministère et les commissions scolaires offrent des mesures incitatives aux écoles pour que celles-ci évaluent l'efficacité des IPS offertes (soit la mesure dans laquelle les IPS répondent aux critères mesurables établis) et que des évaluations soient effectuées régulièrement pour éviter une prise de décision non fondée sur des données probantes.

### **Points forts et limites**

Parmi les points forts de cette étude figurent le recours à une entrevue structurée lors de la collecte de données, ce qui a permis aux participants de développer et de clarifier leurs réponses au besoin, et l'étude de dimensions de la culture des écoles promotrices de santé qui n'avaient

pas encore été prises en compte dans le contexte de l'institutionnalisation des IPS.

Une des limites de l'analyse est l'utilisation d'un échantillon de commodité d'écoles, ce qui peut limiter la généralisabilité des résultats. Toutefois, les caractéristiques des écoles participant au projet PromeSS s'apparentaient à celles de l'ensemble des écoles primaires admissibles du Québec. Par ailleurs, les réponses d'un seul informateur clé au sein d'une école pourraient ne pas offrir un portrait exact du point de vue organisationnel, mais il n'était pas possible de recueillir des données auprès de plusieurs informateurs au sein d'une même école. Cependant, le questionnaire PromeSS a été envoyé aux informateurs avant les entrevues pour que ceux-ci puissent se préparer et consulter les autres membres du personnel. Notre mesure de l'institutionnalisation incluait un seul élément, et sa validité et sa fiabilité n'ont pas été établies. Or des erreurs de mémoire pourraient avoir conduit à un biais de classification erronée dans les associations observées. Nos mesures de la culture d'école promotrice de santé sont nouvelles et doivent faire l'objet d'une validation approfondie. Enfin, il est possible que les participants aient voulu donner une bonne impression de leur école ou choisi de parler d'une IPS qu'ils connaissaient mieux et qui était peut-être plus susceptible d'avoir été institutionnalisée, ce qui pourrait avoir introduit un biais.

## Conclusion

Les résultats de notre étude viennent enrichir le corpus croissant de publications consacrées aux facteurs associés à l'institutionnalisation des IPS, à savoir les indicateurs d'une culture d'école promotrice de santé (participation des parents et de la collectivité à la vie scolaire, engagement de l'école et du personnel enseignant à l'égard de la santé des élèves, environnement physique de l'école) et les caractéristiques de l'IPS (nombre de compétences visées par l'IPS, nombre de stratégies d'enseignement utilisées, modifications apportées à l'IPS avant ou pendant la mise en œuvre, succès perçu de l'IPS, le fait de ne pas inviter familles ou groupes communautaires à participer à l'IPS). Ainsi, nos résultats tendent à indiquer que, pour optimiser la durabilité d'une IPS, il faut prendre en considération à la fois les caractéristiques du milieu scolaire et les caractéristiques de l'intervention proprement

dite au moment de concevoir et de mettre en œuvre cette dernière.

## Remerciements

Le projet PromeSS a été financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Erin O'Loughlin est titulaire d'une bourse salariale postdoctorale du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S). Katerina Maximova est titulaire de la chaire de la Fondation de la famille Murphy en interventions précoces. Jennifer O'Loughlin a été titulaire d'une chaire de recherche du Canada en déterminants précoces de la maladie chronique à l'âge adulte de 2006 à 2021. Les bailleurs de fond n'ont pas participé à la conception de l'étude, à la collecte, l'analyse ou l'interprétation des données, ni à la préparation du manuscrit pour publication.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

RW : supervision, méthodologie, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

EOL : conception, méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

KM : supervision, conception, relectures et révisions.

JK : conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

TR : ressources, conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

JOL : conception, ressources, méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, supervision, administration du projet, obtention de fonds.

Tous les auteurs ont approuvé le manuscrit final et acceptent d'être responsables de tous les aspects du travail.

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. Fung C, Kuhle S, Lu C, et al. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:27. <http://doi.org/10.1186/1479-5868-9-27>
2. Shackleton N, Jamal F, Viner RM, Dickson K, Patton G, Bonell C. School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: systematic review of reviews. *J Adolesc Health.* 2016; 58(4):382-396. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.017>
3. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann.* 2004;27(2):121-133. <http://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
4. Hoelscher DM, Feldman HA, Johnson CC, et al. School-based health education programs can be maintained over time: results from the CATCH Institutionalization Study. *Prev Med.* 2004;38(5):594-606. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.017>
5. Askill-Williams H, Slee PT, Van Deur P. Social and emotional wellbeing programs: the nexus between sustainability and quality assurance. *Psychol Educ Rev.* 2013;37(2):48-56. <https://doi.org/10.53841/bpsper.2013.37.2.48>
6. Askill-Williams H. Perspectives from teachers and school leaders about long-term sustainability. Dans : Cefai C, Cooper P, directeurs. *Mental health promotion in schools: cross-cultural narratives and perspectives.* Rotterdam (NL): Sense Publishers; 2017:141-155.
7. Herlitz L, MacIntyre H, Osborn T, Bonell C. The sustainability of public health interventions in schools: a systematic review. *Implement Sci.* 2020; 15(1):4. <http://doi.org/10.1186/s13012-019-0961-8>

8. Bourke M, Hilland TA, Craike M. Factors associated with the institutionalization of a physical activity program in Australian elementary schools. *Transl Behav Med.* 2020;10(6):1559-1565. <http://doi.org/10.1093/tbm/ibz126>
9. Storey KE, Montemurro G, Flynn J, et al. Essential conditions for the implementation of comprehensive school health to achieve changes in school culture and improvements in health behaviours of students. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1133. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3787-1>
10. Lytle LA, Ward J, Nader PR, Pedersen S, Williston BJ. Maintenance of a health promotion program in elementary schools: results from the CATCH-ON study key informant interviews. *Health Educ Behav.* 2003;30(4):503-518. <http://doi.org/10.1177/1090198103253655>
11. Ministère de l'Éducation. Le projet éducatif : guide. Montréal (Qc) : gouvernement du Québec; 2022. En ligne à : [https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/PSG/politiques\\_orientations/projet-educatif-guide.pdf](https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/politiques_orientations/projet-educatif-guide.pdf)
12. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York (NY): Free Press; 2003.
13. Riglea T, Kalubi J, Sylvestre M-P, et al. Social inequalities in availability of health-promoting interventions in Québec elementary schools. *Health Promot Int.* 2022;37(1):daab023. <http://doi.org/10.1093/heapro/daab023>
14. Bronfenbrenner U, Morris P. The ecology of developmental processes. Dans : Damon W, Lerner RM, directeurs. *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*, vol 1. New York (NY): Wiley; 1998:993-1028.
15. Coalition for early life course studies supporting public health intervention and evaluation (CELPHE). 2020 [consultation le 20 avril 2023]. En ligne à : <https://fr.celphie.ca/promess>
16. O'Loughlin E, Kalubi J, Riglea T, Pelekanakis A, O'Loughlin J. Corrélat du succès perçu des interventions de promotion de la santé dans les écoles primaires. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2022;42(9):449-459. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.9.03f>
17. O'Loughlin J, Renaud L, Richard L, Gomez LS, Paradis G. Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. *Prev Med.* 1998;27(5 Pt 1):702-712. <http://doi.org/10.1006/pmed.1998.0348>
18. Langford R, Bonell CP, Jones HE, et al. The WHO health promoting school framework for improving the health and wellbeing of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(4):CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
19. Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Indices de défavorisation des écoles publiques, 2016-2017. Montréal (Qc) : gouvernement du Québec; 2017. En ligne à : [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/PSG/statistiques\\_info\\_decisionnelle/Indices\\_PUBLICATION\\_20162017\\_final.pdf](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/Indices_PUBLICATION_20162017_final.pdf)
20. Statistique Canada. Fichier de conversion des codes postaux <sup>MO</sup> [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [consultation le 22 avril 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/92-154-X>
21. Kalubi J, Riglea T, O'Loughlin EK, Potvin L, O'Loughlin J. Health-promoting school culture: how do we measure it and does it vary by school neighborhood deprivation? *J Sch Health.* 2023; 93(8):659-668. <http://doi.org/10.1111/josh.13304>
22. Davis M, Gleddie DL, Nysten J, et al. Canadian physical and health education competencies [Les compétences canadiennes d'éducation physique et à la santé]. Ottawa (Ont.) : Éducation physique et santé Canada; 2023 [version française en préparation]. En ligne à : <https://eps-canada.ca/sites/default/files/content/docs/canadian-physical-competencies-en-web.pdf>
23. Westreich D, Greenland S. The table 2 fallacy: presenting and interpreting confounder and modifier coefficients. *Am J Epidemiol.* 2013;177(4):292-298. <http://doi.org/10.1093/aje/kws412>
24. Schisterman EF, Cole SR, Platt RW. Overadjustment bias and unnecessary adjustment in epidemiologic studies. *Epidemiology.* 2009;20(4):488-495. <http://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181a819a1>
25. Bender R, Lange S. Adjusting for multiple testing—when and how? *J Clin Epidemiol.* 2001;54(4):343-349. [http://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00314-0](http://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00314-0)
26. von Hippel PT. How many imputations do you need? A two-stage calculation using a quadratic rule. *Sociol Methods Res.* 2020;49(3):699-718. <http://doi.org/10.1177/0049124117747303>
27. Morris TP, White IR, Royston P. Tuning multiple imputation by predictive mean matching and local residual draws. *BMC Med Res Methodol.* 2014;14:75. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-14-75>
28. StataCorp. mi impute nbreg—impute using negative binomial regression. In: *Multiple imputation reference manual* [Internet]. College Station (TX): Stata Press; 2023. En ligne à : <https://www.stata.com/manuals/mimiimputenbreg.pdf>
29. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Au Québec, on bouge! Politique de l'activité physique, du sport et du loisir. Montréal (Qc) : gouvernement du Québec; 2017. En ligne à : [https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/loisir-sport/Politique-FR-v18\\_sans-bouge3.pdf](https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/Politique-FR-v18_sans-bouge3.pdf)
30. Ministère de l'Éducation. Pour un virage santé à l'école [Internet]. Montréal (Qc) : gouvernement du Québec; 2007. En ligne à : [https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/dpse/adaptation\\_serv compl/virageSanteEcole\\_PolCadre.pdf](https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv compl/virageSanteEcole_PolCadre.pdf)

31. Gouvernement du Québec. *Loi visant à lutter contre l'intimidation et la violence à l'école*. (LQ 2012, c. 19). Québec (Qc) : Assemblée nationale du Québec; 2012 [consultation le 12 octobre 2023]. En ligne à : [https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ\\_Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_53469fr&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz](https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ_Vigie.Bll.DocumentGenerique_53469fr&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz)
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025 [Internet]. Montréal (Qc) : gouvernement du Québec; 2015. En ligne à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
33. Spiegelman D. Evaluating public health interventions: 1. Examples, definitions, and a personal note. *Am J Public Health*. 2016;106(1):70-73. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302923>
34. Shoesmith A, Hall A, Wolfenden L, et al. Barriers and facilitators influencing the sustainment of health behaviour interventions in schools and childcare services: a systematic review. *Implement Sci*. 2021;16(1):62. <http://doi.org/10.1186/s13012-021-01134-y>
35. Goodman RM, McLeroy KR, Steckler AB, Hoyle RH. Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Educ Q*. 1993;20(2):161-178. <http://doi.org/10.1177/109019819302000208>
36. Dadaczynski K, Paulus P. Healthy principals—healthy schools? A neglected perspective to school health promotion. In: Simovska V, McNamara PM, editors. *Schools for health and sustainability: theory, research and practice*. Dordrecht (NL): Springer Netherlands; 2014:253-273.
37. Cambon L, Alla F. Current challenges in population health intervention research. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(11):990-992. <https://jech.bmj.com/content/73/11/990>
38. National Cancer Institute. Alberta Project Promoting active Living and healthy Eating (APPLE Schools) [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2023 [consultation le 7 mai 2023]. En ligne à : <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/programDetails.do?programId=3624004>
39. hundrED. APPLE Schools [Internet]. Helsinki (FI): hundrED; 2023 [consultation le 14 juin 2023]. En ligne à : <https://hundred.org/en/innovations/apple-schools#a0318455>
40. Ekwaru JP, Ohinmaa A, Dabravolskaj J, Maximova K, Veugelers PJ. Cost-effectiveness and return on investment of school-based health promotion programs for chronic disease prevention. *Eur J Public Health*. 2021;31(6):1183-1189. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckab130>
41. Deschesnes M, Martin C, Hill AJ. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promot Int*. 2003;18(4):387-396. <http://doi.org/10.1093/heapro/dag410>
42. Michael S, Dittus P, Epstein J. Family and community involvement in schools: results from the School Health Policies and Programs study 2006. *J Sch Health*. 2007;77(8):567-587. <http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00236.x>
43. Niemeier BS, Hektner JM, Enger KB. Parent participation in weight-related health interventions for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2012;55(1):3-13. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.04.021>
44. Ingoldsby EM. Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *J Child Fam Stud*. 2010:629-645. <http://doi.org/10.1007/s10826-009-9350-2>
45. Brownson RC, Allen P, Jacob RR, et al. Understanding mis-implementation in public health practice. *Am J Prev Med*. 2015;48(5):543-551. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.11.015>

## Recherche quantitative originale

# Exploration des différences dans les comportements liés à la consommation de substances chez les jeunes faisant partie de minorités de genre et les jeunes ne faisant pas partie de minorités de genre : analyse transversale de l'étude COMPASS

Thepikaa Varatharajan, M.S.P. (1,2); Karen A. Patte, Ph. D. (3); Margaret de Groh, Ph. D. (2); Ying Jiang, M.D., M. Sc. (2); Scott T. Leatherdale, Ph. D. (1)

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

### Résumé

**Introduction.** Les travaux de recherche caractérisant les disparités en matière de consommation de substances entre les jeunes faisant partie de minorités de genre et les jeunes ne faisant pas partie de minorités de genre, c'est-à-dire les filles et les garçons, sont limités. L'objectif de cette étude était d'explorer les différences dans les comportements liés à la consommation de substances entre groupes d'identité de genre et de déterminer les facteurs de risque et les facteurs de protection correspondants.

**Méthodologie.** Nous avons utilisé les données transversales associées aux élèves canadiens du secondaire (n = 42 107) qui avaient participé à l'année 8 (2019-2020) ou à l'année 9 (2020-2021) de l'étude COMPASS. Des modèles de régression logistique hiérarchiques nous ont permis d'estimer la consommation de substances (cigarettes, cigarettes électroniques, consommation excessive d'alcool, cannabis et opioïdes à des fins non médicales). Les variables prédictives comprenaient les caractéristiques sociodémographiques, la consommation d'autres substances, les résultats en matière de santé mentale, les liens avec l'école, l'intimidation et une vie familiale heureuse. Nous avons utilisé des termes d'interaction pour tester les mesures de la santé mentale en tant que modérateurs de l'association entre l'identité de genre et la consommation de substances.

**Résultats.** Comparativement aux jeunes ne faisant pas partie de minorités de genre, les jeunes faisant partie de minorités de genre avaient une prévalence plus élevée pour tous les résultats liés à la consommation de substances. Dans les analyses ajustées, les jeunes faisant partie de minorités de genre avaient une probabilité plus élevée de fumer des cigarettes, de consommer du cannabis et d'utiliser des opioïdes à des fins non médicales et une probabilité plus faible d'utiliser des cigarettes électroniques par rapport aux autres jeunes. La probabilité de consommer une substance donnée était plus élevée chez ceux qui consommaient d'autres substances. La connexion à l'école et une vie familiale heureuse avaient un effet protecteur contre toutes les substances, sauf la consommation excessive d'alcool. La victimisation par intimidation était associée à une plus grande probabilité d'usage de cigarettes, de cigarettes électroniques et d'opioïdes à des fins non médicales. Nous avons observé des interactions statistiquement significatives entre l'identité de genre et l'ensemble des mesures de la santé mentale.

**Conclusion.** Nos constatations soulignent l'importance de recueillir une mesure de l'identité de genre dans les enquêtes sur les jeunes et de prioriser les jeunes faisant partie de minorités de genre dans les programmes de prévention, de traitement et de réduction des méfaits liés à la consommation de substances. Les études ultérieures devraient porter sur les effets de l'identité de genre sur le début et l'évolution de la consommation de substances chez les adolescents canadiens au fil du temps.

### Rattachement des auteurs :

1. École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. Faculté des sciences de la santé appliquées, Université Brock, St. Catharines (Ontario), Canada

**Correspondance :** Thepikaa Varatharajan, École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, 200 University Avenue West, Waterloo (Ontario) N2L 3G1; courriel : [t8varath@uwaterloo.ca](mailto:t8varath@uwaterloo.ca)

[Article de recherche](#) par Varatharajan T et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Points saillants

- Les jeunes faisant partie de minorités de genre étaient plus susceptibles de fumer des cigarettes, de consommer du cannabis et d'utiliser des opioïdes à des fins non médicales et étaient moins susceptibles d'utiliser des cigarettes électroniques que les filles et les garçons.
- Les jeunes faisant partie de minorités de genre présentant des symptômes de dépression ou d'anxiété étaient moins susceptibles de consommer de l'alcool de façon excessive que les jeunes faisant partie de minorités de genre ne présentant pas ces symptômes.
- Les jeunes faisant partie de minorités de genre présentant des symptômes d'anxiété étaient plus susceptibles d'utiliser des opioïdes à des fins non médicales que les jeunes faisant partie de minorités de genre ne présentant pas ces symptômes.
- Ces observations militent en faveur de programmes de prévention de la consommation de substances qui soient axés sur les jeunes faisant partie de minorités de genre.
- Les études de surveillance menées auprès des jeunes devraient adopter la mesure de l'identité de genre en deux étapes.

**Mots-clés :** *consommation excessive d'alcool, consommation de cannabis, usage de cigarettes, usage de cigarettes électroniques, jeunes faisant partie de minorités de genre*

## Introduction

L'adolescence est une période de la vie sans équivalent au cours de laquelle les jeunes de 10 à 19 ans développent leur identité de genre et leur orientation sexuelle<sup>1</sup>. Selon l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, en 2018, les personnes de 15 à 24 ans représentaient 30 % de la population lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre, queer et bispirituelle (LGBTQ2+) au Canada, comparé à 14 % de la population non LGBTQ2+<sup>2</sup>. L'expression « jeunes faisant partie de minorités de genre » désigne les personnes dont l'identité de genre n'est pas cisgenre (les personnes cisgenres sont celles dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance). Les identités de genre visées par cette expression comprennent, sans s'y limiter, les personnes transgenres (celles dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance), les personnes non binaires (celles dont l'identité de genre n'est pas exclusivement masculine ou féminine) et les personnes bispirituelles (les Autochtones qui ont à la fois un esprit masculin et un esprit féminin)<sup>3</sup>.

À ce jour, les jeunes faisant partie de minorités de genre ont été sous-étudiés dans les travaux de recherche sur la consommation de substances, car les études portent généralement sur les différences entre les garçons et les filles cisgenres<sup>3,4</sup>. Cela s'explique par le fait que les questions sur l'identité de genre n'ont pas encore été normalisées dans les enquêtes à grande échelle menées dans la population générale, ce qui limite l'exactitude et l'inclusivité des données recueillies et fausse les résultats en matière de santé et de comportement dans le cas des jeunes faisant partie de minorités de genre<sup>3,5</sup>. De plus, de nombreuses études axées sur les jeunes faisant partie de minorités de genre sont généralement de faible envergure, ne comportent pas de groupes de comparaison ou ne tiennent pas compte du fait que l'orientation sexuelle, le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre sont conceptuellement différents<sup>3,5,6</sup>. Cependant, les choses changent lentement. En effet, les enquêtes nationales adoptent maintenant la mesure de l'identité de genre en deux

étapes (étape 1, demander quel est le sexe assigné à la naissance; étape 2, demander quelle est l'identité de genre actuelle) et les chercheurs, les bailleurs de fonds ainsi que les rédacteurs en chef de revues insistent sur la nécessité d'explorer à la fois les effets du sexe et les effets du genre sur les résultats en matière de santé<sup>3,7</sup>.

Il est essentiel de mener des enquêtes sur la consommation de substances, car les publications scientifiques sur le sujet laissent entendre que les jeunes faisant partie de minorités de genre présentent un risque accru de consommation ou mésusage de substances et de problèmes connexes par rapport aux jeunes cisgenres<sup>4,8-12</sup>. En 2017, les résultats d'une étude transversale ont révélé que les jeunes Canadiens non binaires (de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année) étaient 2,26 fois plus susceptibles de consommer du cannabis que les garçons<sup>13</sup>. Une analyse transversale d'un échantillon de jeunes californiens (de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année) a révélé que les jeunes transgenres présentaient des taux accrus de consommation de substances au cours de leur vie, au moment de l'enquête ou à l'école en comparaison avec leurs pairs non transgenres<sup>8</sup>. De même, une enquête nationale menée aux États-Unis a révélé que les taux de consommation d'alcool au cours de la vie et de cigarettes ou de cannabis au cours des 30 derniers jours étaient plus élevés chez les jeunes transgenres que chez leurs pairs cisgenres<sup>10</sup>. De nouvelles données indiquent également que les jeunes faisant partie de minorités de genre pourraient avoir été touchés de façon disproportionnée par la pandémie de COVID-19, ce qui aggraverait davantage leur risque de consommer des substances<sup>14</sup>.

Les disparités en matière de consommation de substances entre les jeunes faisant partie de minorités de genre peuvent s'expliquer par la théorie du stress des minorités, selon laquelle ces jeunes consomment des substances pour faire face aux facteurs de stress sociaux spécifiques qu'ils subissent à l'école, dans leur famille et dans leur collectivité en raison de leur identité marginalisée ou stigmatisée<sup>4,15,16</sup>. Les facteurs de stress chroniques qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être peuvent être des facteurs de stress objectifs externes (distaux) (comme la discrimination), des facteurs de stress subjectifs proximaux (comme cacher son identité de genre) ou les deux<sup>15</sup>. Le risque de consommation problématique de substances est susceptible d'être encore plus élevé

chez les jeunes faisant partie de minorités de genre qui, en l'absence de soutien social (comme le soutien du personnel scolaire), connaissent des taux élevés de dysrégulation émotionnelle, de problèmes sociaux et interpersonnels et de détresse psychologique<sup>15-17</sup>.

À l'heure actuelle, la plupart des travaux de recherche sur les comportements en matière de consommation de substances chez les jeunes faisant partie de minorités de genre proviennent des États-Unis<sup>9,10,12,15</sup>. Étant donné la similitude des expériences en ce qui concerne les facteurs de stress touchant les minorités, nous nous attendons à ce que les profils relatifs à la consommation de substances chez les jeunes canadiens faisant partie de minorités de genre soient reflétés les profils observés aux États-Unis<sup>4</sup>. Il est essentiel de comprendre les comportements liés à la consommation de substances adoptés par les jeunes faisant partie de minorités de genre au Canada pour prévenir les effets néfastes sur le plan de la santé et sur le plan social et pour orienter les interventions afin de répondre efficacement aux besoins spécifiques de cette population. Dans ce cadre, étant donné le nombre limité de travaux de recherche à grande échelle menés auprès des jeunes Canadiens (12 à 18 ans)<sup>13,18</sup>, l'objectif de notre étude était 1) d'explorer les différences dans les comportements relatifs à la consommation de substances entre les jeunes canadiens faisant partie de minorités de genre et les autres jeunes canadiens et 2) d'identifier les facteurs de risque et les facteurs de protection correspondants.

## Méthodologie

### Approbation éthique

Toutes les procédures employées dans le cadre de l'étude COMPASS ont été approuvées par le Bureau d'éthique de la recherche de l'Université de Waterloo (ORE 30118) et par les comités appropriés des diverses commissions scolaires.

### Procédure

L'étude COMPASS est une étude de cohorte prospective dans le cadre de laquelle on recueille chaque année des données auprès d'échantillons d'élèves canadiens du secondaire (de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, et de la 1<sup>re</sup> à la 5<sup>e</sup> secondaire au Québec) recrutés parmi les élèves des écoles secondaires canadiennes participantes<sup>19</sup>. Pour l'échantillonnage,

nous avons délibérément ciblé les écoles qui autorisaient un protocole d'information active et de consentement passif pour l'obtention de la permission des parents<sup>20</sup>, ce qui limite les biais d'autosélection et de réponse dans l'étude de la consommation de substances<sup>21</sup>. Une description complète de la méthodologie de l'étude COMPASS est disponible en ligne (<https://uwaterloo.ca/compass-system/about> [en anglais seulement]).

Nous avons utilisé les données transversales de deux vagues consécutives (année 8 : 2019-2020; année 9 : 2020-2021) pour augmenter la taille de l'échantillon chez les jeunes faisant partie de minorités de genre. Un code anonyme et autogénéré a été utilisé pour identifier chaque participant. Les élèves ont participé à l'étude une seule fois : dans le cas des élèves ayant participé aux deux années d'enquête, nous avons utilisé seulement leurs réponses pour l'année 9. Les détails sur le processus de jumelage des données sont décrits ailleurs<sup>22</sup>. Les données de l'année 8 ont été recueillies entre septembre 2019 et février 2020 au moyen de la version papier du questionnaire de l'étude COMPASS, que les élèves ont rempli en classe<sup>23</sup>. Après mars 2020, date à laquelle les écoles ont suspendu pour la première fois les cours en personne en raison des restrictions liées à la COVID-19, les élèves ont rempli le questionnaire en ligne<sup>24</sup> à l'aide du logiciel de sondage Qualtrics XM<sup>25</sup>.

Conformément aux systèmes de surveillance des jeunes au moment de la collecte des données<sup>5,26,27</sup>, les questionnaires de l'élève de l'étude COMPASS pour l'année 8 et pour l'année 9 mesuraient l'identité de genre grâce à la question « Es-tu une fille ou un garçon? » Les choix de réponse étaient « fille », « garçon », « je décris mon genre autrement » ou « je préfère ne pas répondre ». Bien que la mesure utilisée ait permis aux jeunes d'indiquer une identité de genre autre que les catégories binaires traditionnelles, nous reconnaissons qu'en ne précisant pas « sexe » ou « genre », cette question ne permet pas de distinction entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre des jeunes. Par conséquent, la question peut être interprétée comme une mesure de l'identité de genre ou une mesure du sexe biologique des élèves<sup>28,29</sup>.

Toutefois, étant donné que cette étude porte principalement sur les rôles, les

comportements et les identités établis par la société, nous avons classé les élèves qui avaient répondu « fille » et les élèves qui avaient répondu « garçon » dans les catégories « fille » et « garçon » (donc jeunes ne faisant pas partie d'une minorité de genre). Les élèves ayant répondu « je décris mon genre autrement » ont été classés dans la catégorie des jeunes faisant partie de minorités de genre. Nous reconnaissons que notre définition de « jeunes ne faisant pas partie de minorités de genre » ne correspond pas à la classification privilégiée de « personne cisgenre ». Cependant, comme nous n'avons pas de données sur le sexe assigné à la naissance des élèves, nous ne pouvons pas classer définitivement les jeunes comme étant « cisgenres ». Nous utilisons plutôt la mesure fondée sur le genre pour distinguer les jeunes qui ne s'identifient pas eux-mêmes en fonction des options binaires conventionnelles de ceux qui le font, et pour fournir ainsi un aperçu plus approfondi des disparités en matière de consommation de substances entre les deux groupes, un sujet sur lequel on dispose de peu de données probantes.

### Participants

Au total, 80 608 élèves ont participé, relevant de 144 écoles en Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Québec. Les élèves de la 1<sup>re</sup> ou de la 2<sup>e</sup> secondaire au Québec (équivalant à la 7<sup>e</sup> et à la 8<sup>e</sup> année respectivement; n = 20 711) et les élèves pour lesquels il manquait des valeurs pour l'une ou l'autre des variables (n = 17 790; les variables pour lesquelles il manquait des valeurs étant le genre [0,38 %], l'usage de cigarettes [6,0 %], l'usage de cigarettes électroniques [6,1 %], la consommation excessive d'alcool [5,4 %], la consommation de cannabis [6,7 %] et l'usage d'opioïdes à des fins non médicales [7,2 %]) ont été exclus. En raison de leur identité de genre inconnue, les élèves ayant indiqué « je préfère ne pas répondre » (n = 570) à la question sur l'identité de genre ont été exclus des analyses de régression. Nous fournissons toutefois certains résultats descriptifs comparant ce groupe avec les filles, les garçons et les jeunes faisant partie de minorités de genre.

Le tableau 1 présente une analyse du chi-carré des caractéristiques sociodémographiques comparant les élèves dont les données sont incomplètes et les élèves dont les données sont complètes. Des différences statistiquement significatives entre

les groupes ont été relevées pour toutes les variables. Les principales raisons expliquant l'absence de répondants étaient l'absentéisme, les périodes d'études libres et le refus des parents (< 1 %). L'échantillon analytique de cas complet final comprend 41 537 élèves fréquentant 139 écoles (3072 en Alberta; 14 626 en Ontario; 16 403 au Québec; 7 436 en Colombie-Britannique).

### Mesures

#### Consommation de substances

Les élèves ont fait état de leur usage de cigarettes (« Pendant combien des 30 derniers jours as-tu fumé une ou des cigarettes? »), de leur usage de cigarettes électroniques (« Pendant combien des 30 derniers jours as-tu fumé une cigarette électronique? »), d'une consommation excessive d'alcool (« Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu pris cinq consommations d'alcool ou plus en une même occasion? ») et de leur usage de cannabis (« Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu consommé de la marijuana ou du cannabis [joint, pot, herbe, haschich]? »). Les élèves ayant fait état d'une consommation au cours du dernier mois ont été classés comme étant consommateurs et ceux ayant déclaré une fréquence de consommation inférieure à une fois par mois ont été classés comme n'étant pas consommateurs. L'usage d'opioïdes à des fins non médicales a été évalué au moyen de la question suivante : « As-tu pris l'un ou l'autre des médicaments suivants pour te "geler"? ». Les trois médicaments énumérés étaient « oxycodone », « fentanyl » et « autres antidouleurs sur ordonnance ». Les réponses ont été classées en fonction d'une variable binaire : le fait de répondre « Oui, je l'ai fait au cours des 12 derniers mois » pour l'un des trois médicaments a été considéré comme une consommation d'opioïdes à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois.

#### Santé mentale

Les symptômes de dépression au cours de la semaine précédente (affect négatif, symptômes somatiques et amotivation) déclarés par les participants ont été évalués à l'aide de l'échelle de dépression révisée à 10 énoncés du Center for Epidemiologic Studies (CESD-R-10)<sup>30</sup>. Les élèves ont répondu aux énoncés en utilisant une échelle de Likert à 4 points (de 0 = « jamais ou moins d'un jour » à 3 = « de 5 à 7 jours »). Le score total a été dichotomisé, un score supérieur ou égal à 10

**TABEAU 1**

**Analyse du chi-carré des caractéristiques sociodémographiques comparant les élèves participant à l'année 8 (2019-2020) ou à l'année 9 (2020-2021) de l'étude COMPASS dont les données sont incomplètes et ceux dont les données sont complètes (N = 59 897)**

Variables concernant les élèves		Cas complets <sup>a</sup> (n = 41 537)		Données incomplètes (n = 18 360)		$\chi^2$	ddl	valeur p
		N	%	n	%			
Année scolaire	9 <sup>e</sup>	11 274	27,1	5 317	29,0	$\chi^2 = 49,3$	3	< 0,001
	10 <sup>e</sup>	12 340	29,7	4 999	27,2			
	11 <sup>e</sup>	11 481	27,6	5 029	27,4			
	12 <sup>e</sup>	6 442	15,5	3 015	16,4			
Origine ethnique	Blanc	29 105	70,1	11 285	61,5	$\chi^2 = 1 027,4$	6	< 0,001
	Noir	1 033	2,5	860	4,7			
	Asiatique	4 466	10,8	2 291	12,5			
	Latino-Américain	871	2,1	506	2,8			
	Autre	2 876	6,9	1 691	9,2			
	Mixte	3 186	7,7	1 486	8,1			
Argent de poche hebdomadaire	0 \$	7 894	19,0	3 506	19,1	$\chi^2 = 1 878,1$	5	< 0,001
	1 à 20 \$	7 374	17,8	3 067	16,7			
	21 à 100 \$	8 278	19,9	3 324	18,1			
	> 100 \$	10 210	24,6	4 080	22,2			
	Je ne sais pas	7 781	18,7	3 581	19,5			
Source de l'argent de poche	Aucune	5 688	13,7	2 518	13,7	$\chi^2 = 2 724,3$	5	< 0,001
	Parents	10 090	24,3	4 638	25,3			
	Emploi	15 687	37,8	6 125	33,4			
	Travail occasionnel	3 793	9,1	1 585	8,6			
	Plusieurs sources <sup>b</sup>	6 279	15,1	2 345	12,8			

**Abréviation :** *ddl*, degré de liberté.

<sup>a</sup> Échantillon analytique final.

<sup>b</sup> Plusieurs sources : l'élève reçoit de l'argent de son emploi, d'un travail occasionnel et/ou de ses parents.

signifiant que les élèves présentaient des « symptômes de dépression pertinents sur le plan clinique » (que l'on désigne dorénavant dans ce texte par le terme « dépression »)<sup>30</sup>. La cohérence interne des énoncés de l'échelle CESD-R-10 était de  $\alpha = 0,992$ .

L'échelle à 7 énoncés sur le trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) a été utilisée pour mesurer les symptômes d'anxiété autodéclarés au cours des deux semaines précédentes<sup>31</sup>. Les sentiments d'inquiétude, de peur et d'irritabilité perçus par les élèves ont été évalués à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points (de 0 = « pas du tout » à 3 = « presque tous les jours »). Le score total a été dichotomisé, un score supérieur ou égal à 10 signifiant que les élèves présentaient des symptômes d'anxiété pertinents sur le plan clinique (que l'on désigne dorénavant dans la suite du texte par le terme « anxiété »)<sup>31</sup>. La cohérence interne des énoncés de l'échelle GAD-7 était élevée ( $\alpha = 0,991$ ).

Le bien-être psychosocial auto-évalué par les élèves (prospérité psychosociale, optimisme et relations) a été mesuré à l'aide de l'échelle d'épanouissement (Flourishing Scale)<sup>32</sup>. Les élèves ont répondu aux 8 énoncés en utilisant une échelle de Likert à 5 points (de 0 = « pas du tout d'accord » à 4 = « tout à fait d'accord »). La somme des scores allait de 8 à 40, les scores les plus élevés indiquant un plus grand épanouissement. La cohérence interne de l'échelle d'épanouissement était élevée ( $\alpha = 0,995$ ).

Les problèmes d'intelligence émotionnelle et de régulation émotionnelle ont été évalués à l'aide d'une version modifiée de l'échelle des difficultés de régulation émotionnelle (DERS), dans laquelle un élément à forte charge de chacune des six sous-échelles a été inclus, à la lumière d'études antérieures menées avec des échantillons d'adolescents<sup>33-36</sup>. Le total des scores allait de 6 à 30, les scores composés les plus élevés indiquant un plus

grand dysfonctionnement socioémotionnel. La cohérence interne des énoncés de l'échelle DERS était élevée ( $\alpha = 0,992$ ).

#### Autres covariables

On a demandé aux élèves : « Au cours des 30 derniers jours, de quelle façon as-tu subi de l'intimidation de la part d'autres élèves? » Les réponses ont été dichotomisées, la réponse « oui » correspondant aux cas où les élèves avaient été victimes d'intimidation (attaques physiques, attaques verbales, attaques de nature informatique, dommages causés aux biens, vol de biens) et la réponse « non » correspondant aux cas où les élèves n'avaient pas été victimes d'intimidation.

La connexion à l'école a été mesurée à l'aide d'une version adaptée de l'échelle à 5 énoncés de l'étude longitudinale nationale sur la santé des adolescents (National Longitudinal Study of Adolescent Health)<sup>37</sup>, dans laquelle on demande aux élèves d'indiquer dans quelle mesure ils sont d'accord

ou en désaccord avec les cinq énoncés suivants : « Je me sens proche des gens à mon école », « J'ai l'impression de faire partie de mon école », « Je suis content(e) d'être à mon école », « J'ai l'impression que les enseignants de mon école me traitent équitablement » et « Je me sens en sécurité dans mon école ». Un sixième énoncé a été ajouté : « Obtenir de bonnes notes est important pour moi ». La somme des scores allait de 6 à 24, les scores les plus élevés indiquant une meilleure connexion à l'école.

Sur une échelle de Likert à 5 points, les élèves ont évalué dans quelle mesure ils étaient d'accord ou en désaccord avec l'énoncé « J'ai une vie familiale heureuse ». Une réponse de 1 indiquait que les élèves étaient fortement d'accord et une réponse de 2 qu'ils étaient d'accord pour dire qu'ils avaient une vie familiale heureuse.

Les élèves ont fourni les renseignements sociodémographiques suivants, en concordance avec ceux utilisés dans d'autres travaux de recherche sur la santé des jeunes : l'année scolaire; la province; l'origine ethnique (Blanc, Noir, Autochtone, Asiatique, Latino-Américain, autre, mixte); l'argent de poche hebdomadaire (0 \$, de 1 \$ à 20 \$, de 21 \$ à 40 \$, de 41 \$ à 100 \$, > 100 \$, « Je ne sais pas ») et la source de l'argent de poche (« Je ne reçois habituellement pas d'argent », « Mes parents/tuteurs », « Je reçois un chèque de paye pour un emploi », « Je reçois de l'argent comptant pour du travail occasionnel »).

### Analyse

Toutes les analyses ont été réalisées dans SAS 9.4<sup>38</sup>. Les estimations de la prévalence et les comparaisons par identité de genre ont été effectuées à l'aide de tableaux de fréquence, de tests du  $\chi^2$  et d'analyses unidirectionnelles de la variance. Des coefficients de corrélation intraclasse (CCI) ont été calculés pour chaque variable réponse, et une variation modeste à modérée a été observée au sein de chaque école ( $CCI_{cigarette} = 0,059$ ;  $CCI_{cigarette\ électronique} = 0,033$ ;  $CCI_{alcool} = 0,076$ ;  $CCI_{cannabis} = 0,028$ ;  $CCI_{opioïdes} = 0,001$ ), ce qui indique que de 0,1 % à 7,6 % de la variation dans les comportements des élèves en matière de consommation de substances était attribuable à des différences à l'échelle de l'école. Les diagnostics évaluant le risque de multicollinéarité entre les variables explicatives potentielles ont révélé un risque minimal de colinéarité,

car aucun des facteurs d'inflation de la variance n'a dépassé la valeur de 2.

Des modèles logistiques binaires prédisant la probabilité (logarithmique) de l'usage de cigarettes, de l'usage de cigarettes électroniques, de la consommation excessive d'alcool, de la consommation de cannabis et de l'usage d'opioïdes à des fins non médicales ont été élaborés à l'aide d'équations d'estimation généralisées au moyen de la procédure « PROC GENMOD ». Les modèles associés à chaque résultat ont été élaborés au moyen d'une approche progressive. Dans les modèles I à IV, les variables ont été ajoutées selon l'ordre suivant : genre, caractéristiques sociodémographiques, autres substances et autres covariables. Nous avons comparé les groupes d'identité de genre en modifiant le groupe de référence dans le modèle. Les effets modérateurs de toutes les variables de la santé mentale ont été analysés et chaque interaction bidirectionnelle a été testée dans des modèles distincts. Les comparaisons entre les groupes d'identité de genre ont été effectuées à l'aide de l'énoncé « LSMEANS » et de l'option « DIFF ».

## Résultats

### Caractéristiques des élèves

Le tableau 2 présente les caractéristiques des jeunes en fonction de leur identité de genre. Une faible proportion d'élèves ont indiqué faire partie d'une minorité de genre (2,3 %), 51,8 % des élèves ont indiqué être des filles et 44,5 %, des garçons. Plus de jeunes ont participé lors de l'année 9 (n = 29 079) que lors de l'année 8 (n = 13 028) de l'étude COMPASS; 75 % des jeunes faisant partie de minorités de genre ont participé à l'année 9. Alors que la majorité des participants ont indiqué être blancs (70 %), la moitié de ceux faisant partie de minorités de genre (49,9 %) ont indiqué avoir une autre origine. Une proportion plus élevée de jeunes faisant partie de minorités de genre que de jeunes n'en faisant pas partie ont déclaré ne pas avoir d'argent de poche hebdomadaire. Les élèves qui préféraient ne pas divulguer leur identité de genre (1,4 %) présentaient des caractéristiques semblables à celles des jeunes faisant partie de minorités de genre. Des différences statistiquement significatives ont été relevées pour toutes les covariables en fonction de l'identité de genre.

Comparativement aux filles et aux garçons, les jeunes faisant partie de minorités de genre présentaient une prévalence plus élevée d'usage de toutes les substances au cours du dernier mois : l'usage de cigarettes, la consommation de cannabis et l'usage d'opioïdes à des fins non médicales étaient au moins deux à six fois plus importants chez ces jeunes. Chez les filles et les garçons, la prévalence de la consommation de substances était semblable. Par rapport aux garçons, une proportion beaucoup plus élevée de jeunes faisant partie de minorités de genre, puis de filles, ont déclaré souffrir de dépression et d'anxiété. De façon générale, par rapport aux jeunes ne faisant pas partie de minorités de genre, les jeunes faisant partie de minorités de genre avaient des scores moyens plus faibles en ce qui concerne l'épanouissement et la connexion à l'école et des scores moyens plus élevés à l'échelle DERS. Les garçons avaient des scores semblables à ceux des filles pour ce qui est de l'épanouissement et de la connexion à l'école, mais inférieurs sur l'échelle DERS. Il convient de noter qu'après les jeunes faisant partie de minorités de genre, ce sont les élèves qui n'avaient pas divulgué leur identité de genre qui présentaient les proportions les plus élevées d'usage de cigarettes, de consommation de cannabis et d'usage d'opioïdes à des fins non médicales et également qui avaient le plus de problèmes sociaux et de santé mentale.

### Prédiction de la consommation de substances

Les tableaux 3 et 4 présentent les résultats de la régression logistique pour l'usage de cigarettes, l'usage de cigarettes électroniques, la consommation excessive d'alcool et la consommation de cannabis. Le modèle I (non ajusté) et le modèle II (ajusté sur le plan sociodémographique) indiquent que les jeunes faisant partie de minorités de genre étaient plus susceptibles de consommer des substances que les autres jeunes. Après ajustement pour tenir compte de la consommation concomitante de substances (modèle III), l'usage de cigarettes, la consommation de cannabis et l'usage d'opioïdes à des fins non médicales sont demeurés importants et présentaient une association positive.

Dans le modèle entièrement ajusté (le modèle IV, qui comprend des covariables), le rapport de cotes ajusté (RCa) a été déterminé pour chaque résultat. Les jeunes

**TABEAU 2**  
**Caractéristiques des élèves du secondaire (N = 42 107; 139 écoles) participant à l'année 8 (2019-2020) ou à l'année 9 (2020-2021) de l'étude COMPASS, par identité de genre**

Variables concernant les élèves		Identité de genre <sup>a</sup>								p <sup>b</sup>
		Filles (N = 21 814)		Garçons (N = 18 744)		JMG (N = 979)		Préfère ne pas répondre (N = 570)		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Année	8 (2019-2020)	6 129	28,1	6 467	34,5	243	24,8	189	33,2	< 0,001
	9 (2020-2021)	15 685	71,9	12 277	65,5	736	75,2	381	66,8	
Année scolaire	9 <sup>e</sup>	5 731	26,3	5 260	28,1	283	28,9	177	31,1	< 0,001
	10 <sup>e</sup>	6 493	29,8	5 568	29,7	279	28,5	162	28,4	
	11 <sup>e</sup>	6 246	28,6	4 987	26,6	248	25,3	142	24,9	
	12 <sup>e</sup>	3 344	15,3	2 929	15,6	169	17,3	89	15,6	
Province	Alberta	1 534	7,0	1 454	7,8	84	8,6	57	10,0	< 0,001
	Ontario	7 552	34,6	6 678	35,6	396	40,4	203	35,6	
	Québec	8 903	40,8	7 213	38,5	287	29,3	158	27,7	
	Colombie-Britannique	3 825	17,5	3 399	18,1	212	21,7	152	26,7	
Origine ethnique	Blanc	15 488	71,0	13 128	70,0	489	49,9	279	48,9	< 0,001
	Noir	451	2,1	496	2,6	86	8,8	33	5,8	
	Asiatique	2 407	11,0	1 980	10,6	79	8,1	79	13,9	
	Latino-Américain	441	2,0	407	2,2	23	2,3	13	2,3	
	Autre	1 361	6,2	1 372	7,3	143	14,6	105	18,4	
	Mixte	1 666	7,6	1 361	7,3	159	16,2	61	10,7	
Argent de poche hebdomadaire	0 \$	3 838	17,6	3 787	20,2	269	27,5	151	26,5	< 0,001
	1 \$ à 20 \$	3 816	17,5	3 375	18,0	183	18,7	103	18,1	
	21 \$ à 100 \$	4 681	21,5	3 470	18,5	127	13,0	68	11,9	
	> 100 \$	5 205	23,9	4 783	25,5	222	22,7	97	17,0	
	Je ne sais pas	4 274	19,6	3 329	17,8	178	18,2	151	26,5	
Source de l'argent de poche	Aucune	2 526	11,6	2 952	15,7	210	21,5	137	24,0	< 0,001
	Parents	5 330	24,4	4 524	24,1	236	24,1	157	27,5	
	Emploi	8 318	38,1	7 090	37,8	279	28,5	144	25,3	
	Travail occasionnel	1 871	8,6	1 821	9,7	101	10,3	61	10,7	
	Plusieurs sources <sup>c</sup>	3 769	17,3	2 357	12,6	153	15,6	71	12,5	
Usage de cigarettes	Non	20 680	94,8	17 682	94,3	780	79,7	507	88,9	< 0,001
	Oui	1 134	5,2	1 062	5,7	199	20,3	63	11,1	
Usage de cigarettes électroniques	Non	16 737	76,7	14 643	78,1	651	66,5	450	78,9	< 0,001
	Oui	5 077	23,3	4 101	21,9	328	33,5	120	21,1	
Consommation excessive d'alcool	Non	18 143	83,2	15 329	81,8	730	74,6	487	85,4	< 0,001
	Oui	3 671	16,8	3 415	18,2	249	25,4	83	14,6	
Consommation de cannabis	Non	19 633	90,0	16 712	89,2	691	70,6	485	85,1	< 0,001
	Oui	2 181	10,0	2 032	10,8	288	29,4	85	14,9	
UONM au cours des 12 derniers mois	Non	20 901	95,8	18 039	96,2	800	81,7	518	90,9	< 0,001
	Oui	913	4,2	705	3,8	179	18,3	52	9,1	
Dépression	Non	9 697	44,5	13 006	69,4	257	26,3	201	35,3	< 0,001
	Oui	12 117	55,5	5 738	30,6	722	73,7	369	64,7	
Anxiété	Non	12 740	58,4	15 585	83,1	405	41,4	290	50,9	< 0,001
	Oui	9 074	41,6	3 159	16,9	574	58,6	280	49,1	
Épanouissement	Moyenne (ÉT)	30,9 (5,9)		32,2 (5,7)		25,8 (8,2)		27,0 (7,3)		< 0,001
Dysrégulation émotionnelle	Moyenne (ÉT)	16,1 (5,1)		13,6 (4,4)		18,5 (6,0)		17,2 (5,8)		< 0,001
Connexion à l'école	Moyenne (ÉT)	18,1 (3,2)		18,6 (3,3)		15,5 (4,5)		16,3 (4,0)		< 0,001
Victime d'intimidation (au cours des 30 derniers jours)	Non	19 417	89,0	17 113	91,3	709	72,4	472	82,8	< 0,001
	Oui	2 397	11,0	1 631	8,7	270	27,6	98	17,2	
Vie familiale heureuse	Non	5 967	27,4	3 035	16,2	485	49,5	251	44,0	< 0,001
	Oui	15 847	72,6	15 709	83,8	494	50,5	319	56,0	

**Abbreviations :** ÉT, écart-type; JMG, jeunes faisant partie de minorités de genre; UONM, usage d'opioïdes à des fins non médicales.

<sup>a</sup> Analyse complète des cas.

<sup>b</sup> Tous les tests du  $\chi^2$  et les tests  $F$  étaient statistiquement significatifs ( $p < 0,001$ ).

<sup>c</sup> Plusieurs sources : l'élève reçoit de l'argent de son emploi, d'un travail occasionnel et/ou de ses parents.

TABLEAU 3

Modèles d'équations d'estimation généralisées permettant de prédire la probabilité des résultats en matière de consommation de substances chez les élèves du secondaire participant à l'année 8 (2019-2020) ou à l'année 9 (2020-2021) de l'étude COMPASS (N = 41 537)

	Usage de cigarettes	Usage de cigarettes électroniques	Consommation excessive d'alcool	Consommation de cannabis	UONM au cours des 12 derniers mois
<b>Modèle I<sup>a</sup> – RC (IC à 95 %)</b>					
JMG vs garçons (réf.)	4,00 (3,30 à 4,85)*	1,85 (1,59 à 2,16)*	1,64 (1,36 à 1,97)*	3,18 (2,67 à 3,78)*	5,70 (4,78 à 6,81)*
JMG vs filles (réf.)	4,19 (3,44 à 5,09)*	1,65 (1,41 à 1,94)*	1,74 (1,45 à 2,08)*	3,32 (2,75 à 4,01)*	5,10 (4,22 à 6,17)*
Filles vs garçons (réf.)	0,96 (0,86 à 1,06)	1,12 (1,05 à 1,20)*	0,94 (0,88 à 1,01)	0,96 (0,89 à 1,03)	1,12 (0,99 à 1,25)
<b>Modèle II<sup>b</sup> – RCa (IC à 95 %)</b>					
JMG vs garçons (réf.)	3,99 (3,31 à 4,82)*	2,14 (1,82 à 2,51)*	1,95 (1,60 à 2,37)*	3,28 (2,75 à 3,92)*	5,15 (4,34 à 6,11)*
JMG vs filles (réf.)	4,03 (3,32 à 4,89)*	1,86 (1,58 à 2,20)*	2,12 (1,74 à 2,57)*	3,39 (2,79 à 4,10)*	4,43 (3,71 à 5,29)*
Filles vs garçons (réf.)	0,99 (0,89 à 1,10)	1,15 (1,07 à 1,23)*	0,92 (0,85 à 0,99)*	0,97 (0,90 à 1,05)	1,16 (1,04 à 1,30)*
<b>Modèle III<sup>c</sup> – RCa (IC à 95 %)</b>					
JMG vs garçons (réf.)	2,05 (1,63 à 2,57)*	1,02 (0,81 à 1,29)	1,02 (0,84 à 1,24)	1,92 (1,56 à 2,36)*	2,86 (2,36 à 3,46)*
JMG vs filles (réf.)	2,15 (1,73 à 2,67)*	0,81 (0,64 à 1,02)	1,17 (0,96 à 1,42)	2,09 (1,69 à 2,59)*	2,41 (1,99 à 2,92)*
Filles vs garçons (réf.)	0,95 (0,86 à 1,06)	1,26 (1,16 à 1,36)*	0,88 (0,80 à 0,95)*	0,92 (0,86 à 0,99)*	1,19 (1,05 à 1,34)*

Abréviations : IC, intervalle de confiance; JMG, jeunes faisant partie de minorités de genre; RC, rapport de cotes; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence; UONM, usage d'opioïdes à des fins non médicales.

<sup>a</sup> Le modèle I n'est pas ajusté.

<sup>b</sup> Le modèle II tient compte de l'année scolaire et des variables liées aux caractéristiques sociodémographiques.

<sup>c</sup> Le modèle III tient compte de l'année scolaire de même que des variables liées aux caractéristiques sociodémographiques et à la consommation de substances.

\* $p < 0,05$

faisant partie de minorités de genre (JMG) étaient plus susceptibles de fumer des cigarettes ( $RCa_{JMGvsGarçons} = 1,61$ ;  $RCa_{JMGvsFilles} = 1,95$ ), de consommer du cannabis ( $RCa_{JMGvsGarçons} = 1,39$ ;  $RCa_{JMGvsFilles} = 1,81$ ) ou d'utiliser des opioïdes à des fins non médicales ( $RCa_{JMGvsGarçons} = 1,76$ ;  $RCa_{JMGvsFilles} = 1,94$ ) et moins susceptibles d'utiliser des cigarettes électroniques ( $RCa_{JMGvsGarçons} = 0,78$ ;  $RCa_{JMGvsFilles} = 0,72$ ) que les jeunes ne faisant pas partie de minorités de genre. Par rapport aux garçons, les filles étaient moins susceptibles de fumer des cigarettes ( $RCa = 0,83$ ), de consommer de l'alcool de façon excessive ( $RCa = 0,83$ ) et de consommer du cannabis ( $RCa = 0,77$ ). Les jeunes qui consommaient l'une de ces substances étaient considérablement plus susceptibles de consommer également d'autres substances. Avant les tests des effets d'interaction entre les prédicteurs de la santé mentale et le genre, les jeunes atteints de dépression étaient de 10 % à 36 % plus susceptibles de consommer de l'alcool de façon excessive et d'utiliser des cigarettes électroniques, de consommer du cannabis et d'utiliser des opioïdes à des fins non médicales que les jeunes qui n'en étaient pas atteints. L'anxiété n'avait aucun effet statistiquement significatif sur la consommation de substances. Bien qu'il y ait eu une association entre l'épanouissement et

toutes les substances (à l'exception du cannabis) et qu'il y ait eu une association entre les difficultés de régulation émotionnelle et toutes les substances (à l'exception des cigarettes), l'ampleur de ces associations était faible.

La connexion à l'école et une vie familiale heureuse présentaient une association négative avec toutes les substances, sauf dans le cas de consommation excessive d'alcool. En moyenne, les élèves étaient de 3 % à 6 % moins susceptibles de consommer des substances pour chaque augmentation de 1 point en ce qui concerne la connexion à l'école, et de 24 % à 29 % moins susceptibles de le faire s'ils affirmaient avoir une vie familiale heureuse. Les jeunes qui avaient été victimes d'intimidation au cours du dernier mois étaient plus susceptibles de fumer des cigarettes ( $RCa = 1,20$ ) et d'utiliser des cigarettes électroniques ( $RCa = 1,44$ ) ou des opioïdes à des fins non médicales ( $RCa = 1,73$ ).

### Effets modérateurs des prédicteurs de la santé mentale

Dans l'ensemble, indépendamment de l'état de dépression ou d'anxiété, un plus grand pourcentage de jeunes faisant partie de minorités de genre que de filles et de garçons ont déclaré avoir utilisé des cigarettes électroniques, avoir consommé de l'alcool

de façon excessive et avoir utilisé des opioïdes à des fins non médicales (figures 1a à 1e). La dépression avait un effet modérateur considérable sur l'association entre le genre et l'usage de cigarettes électroniques et entre le genre et la consommation excessive d'alcool. En effet, les jeunes faisant partie de minorités de genre qui étaient atteints de dépression (22,3 %) avaient une prévalence considérablement plus faible de consommation excessive d'alcool que ceux qui n'en étaient pas atteints (34,2 %,  $p < 0,001$ ; figure 1c). Comparativement, la prévalence de l'usage de cigarettes électroniques et de la consommation excessive d'alcool était considérablement plus élevée chez les filles atteintes de dépression que chez celles qui n'en étaient pas atteintes ( $p < 0,001$ ; figure 1a et 1c).

Il y avait des effets d'interaction bidirectionnelle entre le genre et l'anxiété dans les cas d'usage de cigarettes électroniques, de consommation excessive d'alcool et d'usage d'opioïdes à des fins non médicales. Les jeunes faisant partie de minorités de genre qui n'éprouvaient pas d'anxiété avaient une prévalence considérablement plus élevée de consommation excessive d'alcool (29,9 %) que les jeunes faisant partie de minorités de genre qui en éprouvaient (22,3 %,  $p = 0,005$ ; figure 1d).

**TABLEAU 4**  
**Modèles d'équations d'estimation généralisées permettant de prédire la probabilité de la consommation actuelle de substances chez les élèves du secondaire participant à l'année 8 (2019-2020) ou à l'année 9 (2020-2021) de l'étude COMPASS (N = 41 537)**

	Modèle IV				
	Usage de cigarettes	Usage de cigarettes électroniques	Consommation excessive d'alcool	Consommation de cannabis	UONM au cours des 12 derniers mois
	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)
<b>Genre</b>					
JMG vs garçons (réf.)	1,61 (1,29 à 2,01)*	0,78 (0,62 à 0,98)*	1,02 (0,83 à 1,25)	1,39 (1,13 à 1,72)*	1,76 (1,44 à 2,15)*
JMG vs filles (réf.)	1,95 (1,57 à 2,41)*	0,72 (0,58 à 0,91)*	1,22 (0,999 à 1,49)	1,81 (1,45 à 2,25)*	1,94 (1,58 à 2,37)*
Filles vs garçons (réf.)	0,83 (0,74 à 0,92)*	1,08 (0,997 à 1,17)	0,83 (0,77 à 0,91)*	0,77 (0,71 à 0,83)*	0,91 (0,80 à 1,03)
<b>Utilisation de cigarettes</b>					
Oui	S.O.	9,66 (8,05 à 11,60)*	1,98 (1,73 à 2,26)*	3,05 (2,65 à 3,52)*	2,48 (2,17 à 2,83)*
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>Utilisation de cigarettes électroniques</b>					
Oui	7,95 (6,81 à 9,29)*	S.O.	5,34 (4,91 à 5,81)*	6,46 (5,80 à 7,20)*	1,62 (1,40 à 1,88)*
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>Consommation excessive d'alcool</b>					
Oui	2,03 (1,82 à 2,26)*	5,23 (4,80 à 5,69)*	S.O.	2,67 (2,42 à 2,95)*	1,77 (1,55 à 2,02)*
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>Consommation de cannabis</b>					
Oui	2,93 (2,58 à 3,33)*	7,44 (6,57 à 8,44)*	2,75 (2,46 à 3,08)*	S.O.	3,00 (2,58 à 3,48)*
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>UONM au cours des 12 derniers mois</b>					
Oui	2,36 (2,07 à 2,70)*	1,57 (1,34 à 1,85)*	1,81 (1,58 à 2,08)*	2,89 (2,50 à 3,35)*	S.O.
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>Dépression</b>					
Oui	1,09 (0,97 à 1,22)	1,17 (1,09 à 1,27)*	1,10 (1,01 à 1,19)*	1,15 (1,05 à 1,26)*	1,36 (1,19 à 1,56)*
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>Anxiété</b>					
Oui	1,00 (0,88 à 1,13)	1,01 (0,94 à 1,09)	0,995 (0,91 à 1,08)	0,99 (0,90 à 1,09)	1,13 (0,99 à 1,29)
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>Épanouissement</b>					
Oui	0,98 (0,98–0,99)*	1,01 (1,003–1,02)*	1,03 (1,02–1,03)*	0,99 (0,99–1,003)	0,98 (0,97–0,99)*
<b>Dysrégulation émotionnelle</b>					
Oui	1,003 (0,99–1,01)	1,03 (1,02–1,03)*	1,02 (1,02–1,03)*	1,01 (1,004–1,02)*	1,02 (1,003–1,03)*
<b>Connexion à l'école</b>					
Oui	0,97 (0,96–0,98)*	0,97 (0,96–0,98)*	0,99 (0,98–1,01)	0,94 (0,93–0,95)*	0,96 (0,94–0,97)*
<b>Victime d'intimidation (au cours des 30 derniers jours)</b>					
Oui	1,20 (1,08 à 1,34)*	1,44 (1,32 à 1,58)*	1,08 (0,97 à 1,20)	1,03 (0,93 à 1,15)	1,73 (1,52 à 1,98)*
Non (réf.)	–	–	–	–	–
<b>Vie familiale heureuse</b>					
Oui	0,76 (0,69 à 0,84)*	0,79 (0,73 à 0,86)*	1,04 (0,94 à 1,14)	0,71 (0,66 à 0,77)*	0,96 (0,85 à 1,08)
Non (réf.)	–	–	–	–	–

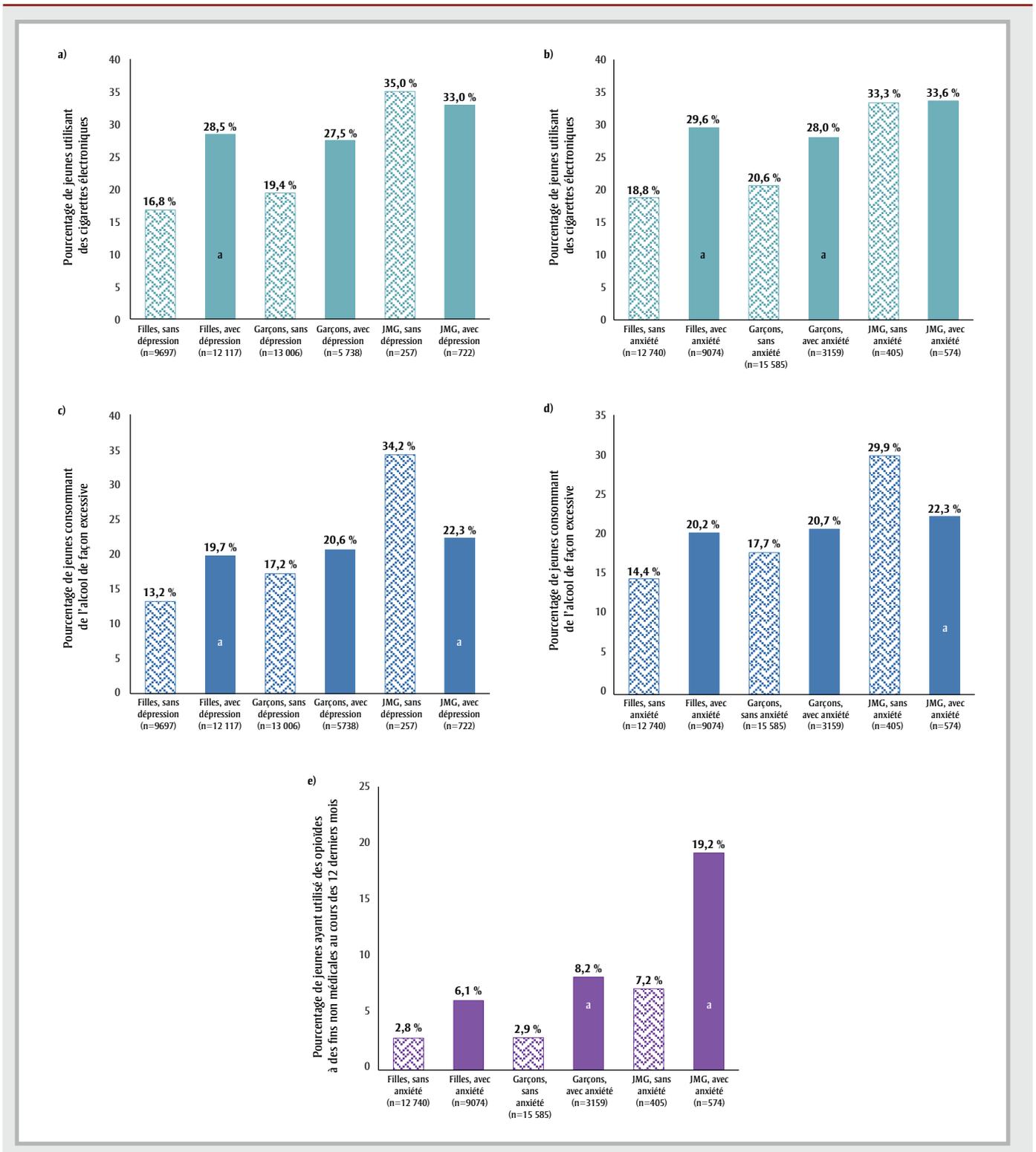
**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; JMG, jeunes faisant partie de minorités de genre; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence; S.O., sans objet; UONM, usage d'opioïdes à des fins non médicales.

<sup>a</sup> Le modèle IV tient compte de l'année scolaire, des caractéristiques sociodémographiques, de la consommation de substances, de la santé mentale et d'autres covariables (victime d'intimidation, connexion à l'école et vie familiale heureuse).

\* $p < 0,05$ .

FIGURE 1

Pourcentage de jeunes déclarant utiliser des cigarettes électroniques, consommer de l'alcool de façon excessive et utiliser des opioïdes à des fins non médicales en fonction des éléments suivants : 1) genre × dépression, 2) genre × anxiété.



**Remarques :** Les figures a) et c) montrent l'effet modérateur de la dépression sur l'association entre le genre et l'usage de cigarettes électroniques et sur l'association entre le genre et la consommation excessive d'alcool. Les figures b), d) et e) illustrent l'effet modérateur de l'anxiété sur l'association entre le genre et l'usage de cigarettes électroniques, sur l'association entre le genre et la consommation excessive d'alcool et sur l'association entre le genre et l'usage d'opioïdes à des fins non médicales.

<sup>a</sup> Différences statistiquement significatives au sein de chaque groupe de genre, avec ou sans dépression ou anxiété.

La proportion de filles et de garçons éprouvant de l'anxiété qui utilisaient des cigarettes électroniques était considérablement plus élevée que celle des filles et des garçons qui n'en éprouvaient pas ( $p < 0,05$ ; figure 1b). L'usage d'opioïdes à des fins non médicales était plus important chez les jeunes faisant partie de minorités de genre qui éprouvaient de l'anxiété (19,2 %) que chez ceux qui n'en éprouvaient pas (7,2 %;  $p < 0,005$ ; figure 1e). Les garçons qui éprouvaient de l'anxiété étaient plus nombreux à utiliser des opioïdes à des fins non médicales (8,2 %) que les garçons qui n'en éprouvaient pas (2,9 %;  $p < 0,008$ ; figure 1e). Les effets d'interaction entre le genre et l'épanouissement et entre le genre et les difficultés de régulation émotionnelle étaient statistiquement significatifs pour tous les résultats, sauf en ce qui concerne l'usage de cigarettes. Cependant, les estimations des associations observées étaient faibles. Le tableau 5 présente les effets d'interaction bidirectionnelle.

## Analyse

Comme on pouvait s'y attendre à la lumière d'études sociodémographiques

récentes menées auprès d'adolescents<sup>8-11,18,39</sup>, la prévalence de la consommation de substances était plus élevée chez les jeunes faisant partie de minorités de genre que chez les filles et les garçons. Il est intéressant de noter que la fréquence de la consommation de substances était également considérablement plus élevée chez les jeunes ayant préféré ne pas révéler leur identité de genre que chez les filles ou les garçons. Il est possible que la consommation de substances chez les jeunes ayant préféré ne pas dévoiler leur identité de genre ait été motivée par les difficultés spécifiques auxquelles ils sont confrontés (comme une incertitude au sujet de leur identité de genre).

Nos résultats concordent avec ceux de l'étude transversale de De Pedro et ses collaborateurs<sup>9</sup>, selon laquelle les taux d'usage de cigarettes et de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours étaient plus élevés chez les jeunes transgenres que chez leurs pairs non transgenres. Lorsque nous avons ajusté uniquement pour les caractéristiques sociodémographiques, nous avons trouvé que les jeunes faisant partie de minorités de genre étaient

plus susceptibles d'utiliser des cigarettes électroniques et de consommer de l'alcool de façon excessive, conformément aux études existantes<sup>9,39,40</sup>. Cependant, dans nos modèles entièrement ajustés, nous avons constaté que les jeunes faisant partie de minorités de genre étaient moins susceptibles d'utiliser des cigarettes électroniques que les jeunes ne faisant pas partie de ces minorités, et que l'appartenance à une minorité de genre ne permettait pas à elle seule de prédire de façon statistiquement significative la consommation excessive d'alcool. Il est possible d'expliquer nos constatations uniques par les covariables supplémentaires que nous avons utilisées dans notre modèle (c'est-à-dire autres substances, résultats en santé mentale, connexion à l'école, victime d'intimidation et vie familiale heureuse) et par la différence relativement faible des estimations de la prévalence entre les groupes de genre pour ce qui est de l'usage de cigarettes électroniques et de la consommation excessive d'alcool par rapport à la différence considérable observée avec les autres substances.

Conformément aux constatations précédentes, nous avons observé qu'une proportion

TABLEAU 5

Modèles d'équations d'estimation généralisées permettant de vérifier l'effet modérateur des prédicteurs de la santé mentale sur la relation entre l'identité de genre et les résultats en matière de consommation de substances dans un échantillon d'élèves du secondaire participant à l'année 8 (2019-2020) ou à l'année 9 (2020-2021) de l'étude COMPASS (N = 41 537)

Termes d'interaction <sup>a</sup>		Usage de cigarettes électroniques RCa (IC à 95 %) <sup>b</sup>	Consommation excessive d'alcool RCa (IC à 95 %) <sup>b</sup>	Consommation de cannabis RCa (IC à 95 %) <sup>b</sup>	UONM au cours des 12 derniers mois RCa (IC à 95 %) <sup>b</sup>
Dépression <sup>c</sup> (oui vs non)	JMG JMG	0,98 (0,62 à 1,55)	0,48 (0,34 à 0,70)*	–	–
	Filles Filles	1,28 (1,17 à 1,41)*	1,24 (1,10 à 1,39)*	–	–
	Garçons Garçons	1,06 (0,95 à 1,18)	0,89 (0,89 à 1,09)	–	–
Anxiété <sup>c</sup> (oui vs non)	JMG JMG	0,81 (0,53 à 1,22)	0,52 (0,36 à 0,75)*	–	0,56 (0,39 à 0,81)*
	Filles Filles	1,10 (1,02 à 1,19)*	1,08 (0,99 à 1,18)	–	1,06 (0,90 à 1,24)
	Garçons Garçons	0,85 (0,75 à 0,97)*	0,88 (0,77 à 1,02)	–	1,39 (1,15 à 1,69)*
Épanouissement <sup>d</sup>	JMG Garçons	1,01 (0,99 à 1,04)	0,995 (0,97 à 1,02)	1,03 (1,001 à 1,06)*	1,03 (1,01 à 1,06)*
	JMG Filles	1,03 (1,01 à 1,06)*	1,02 (0,996 à 1,04)	1,04 (1,01 à 1,06)*	1,03 (1,01 à 1,05)*
	Filles Garçons	0,98 (0,97 à 0,993)*	0,98 (0,97 à 0,991)*	0,99 (0,98 à 1,002)	1,00 (0,98 à 1,02)
Dysrégulation émotionnelle <sup>d</sup>	JMG Garçons	0,99 (0,96 à 1,02)	0,97 (0,94 à 0,99)*	0,97 (0,93 à 0,9979)*	0,95 (0,92 à 0,98)*
	JMG Filles	0,96 (0,93 à 0,99)*	0,94 (0,92 à 0,97)*	0,95 (0,92 à 0,98)*	0,96 (0,93 à 0,99)*
	Filles Garçons	1,03 (1,01 à 1,04)*	1,02 (1,01 à 1,04)*	1,02 (1,01 à 1,03)*	0,99 (0,97 à 1,01)

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; JMG, jeunes faisant partie de minorités de genre; RCa, rapport de cotes ajusté; UONM, usage d'opioïdes à des fins non médicales.

<sup>a</sup> Tous les effets d'interaction bidirectionnelle ont été testés individuellement dans des modèles distincts.

<sup>b</sup> Échantillon analytique final : tous les modèles tiennent compte de l'année scolaire, des caractéristiques sociodémographiques, de la consommation de substances, de la santé mentale et d'autres covariables (victime d'intimidation, liens avec l'école et vie familiale heureuse).

<sup>c</sup> L'effet d'interaction sur la probabilité de la consommation de substances a été évalué au sein de chaque groupe d'identité de genre (avec ou sans dépression ou anxiété), car l'anxiété et la dépression sont des variables nominales.

<sup>d</sup> L'effet d'interaction sur la probabilité de la consommation de substances ont été évalués dans l'ensemble des groupes d'identité de genre, car l'épanouissement et la dysrégulation émotionnelle sont des variables continues.

\*  $p < 0,05$

plus élevée de jeunes faisant partie de minorités de genre, puis de filles, faisaient état de problèmes de santé mentale par rapport aux garçons<sup>8,41,42</sup>. Les analyses des interactions ont révélé que les associations entre le genre et l'usage de cigarettes électroniques, entre le genre et la consommation excessive d'alcool et entre le genre et l'usage d'opioïdes à des fins non médicales variaient selon l'état de santé mentale. Comme prévu, la fréquence de l'usage d'opioïdes à des fins non médicales était plus élevée chez les jeunes présentant des symptômes d'anxiété pertinents sur le plan clinique que chez ceux qui n'en présentaient pas<sup>4,43</sup>. Bien que les jeunes faisant partie de minorités de genre aient été plus nombreux à déclarer utiliser des cigarettes électroniques et consommer de l'alcool de façon excessive que les autres jeunes, nous avons constaté que la consommation excessive d'alcool était moins fréquente chez les jeunes faisant partie de minorités de genre qui présentaient des symptômes de dépression et d'anxiété pertinents sur le plan clinique que chez les jeunes faisant partie de telles minorités qui ne souffraient pas de dépression ou d'anxiété. Cette observation contredit les articles scientifiques publiés sur le sujet, selon lesquels les jeunes faisant partie de minorités de genre qui présentent des symptômes d'intériorisation font un usage plus important de substances<sup>1,8</sup>. Il n'y avait pas de différence sur le plan de l'usage de cigarettes électroniques selon l'état de santé mentale des jeunes faisant partie de minorités de genre. Cependant, chez les filles et les garçons, il y avait une association entre les symptômes d'intériorisation pertinents sur le plan clinique et un plus grand usage de cigarettes électroniques, une fréquence accrue de consommation excessive d'alcool et un plus grand usage d'opioïdes à des fins non médicales.

De plus, et contrairement aux attentes<sup>16,44</sup>, nous n'avons pas constaté qu'un meilleur bien-être psychologique ou qu'une moins bonne régulation émotionnelle avaient une incidence sur la consommation de substances chez les jeunes faisant partie de minorités de genre. Ces résultats non significatifs pourraient être attribuables au fait que les données ont été recueillies pendant la pandémie de COVID-19. En effet, les confinements et les restrictions associés à la pandémie, qui ont bouleversé la routine des jeunes, pourraient avoir contribué à la détérioration de la santé mentale et à la dysrégulation émotionnelle

chez tous les jeunes participants, sans égard à leur identité de genre<sup>45</sup>.

Une explication plausible de nos résultats contradictoires en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool pourrait être que les jeunes faisant partie de minorités de genre qui présentent des symptômes d'intériorisation s'isolent des activités sociales, où la consommation excessive d'alcool est chose courante<sup>18</sup>. Chez les jeunes aux deux esprits (et bispirituels), lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, queers et intersexués ainsi que ceux faisant partie des communautés de la diversité sexuelle et de genre qui utilisent une autre terminologie (2ELGBTQI+), la divulgation de l'identité sexuelle ou de l'identité de genre est associée à une faible estime de soi, ce qui constitue un facteur de risque potentiel de dépression et d'anxiété<sup>46,47</sup>. Si leur « sortie du placard » est une expérience positive, où ils se sentent acceptés et soutenus par leur famille, leurs amis et les membres de leur collectivité, les jeunes faisant partie de minorités de genre pourront avoir une meilleure estime de soi et présenter moins de symptômes d'intériorisation, ce qui leur permettra de mieux tisser des liens et de socialiser avec leurs pairs<sup>18,46,47</sup>. Il faudra mener d'autres travaux de recherche axés sur les jeunes faisant partie de minorités de genre pour mieux comprendre la relation entre les facteurs de stress touchant les minorités, la santé mentale et la consommation de substances.

Cette étude, qui s'inscrit dans la lignée des travaux de recherche dont on dispose sur le sujet<sup>15,17</sup>, fait également ressortir que, dans l'ensemble de l'échantillon de l'étude, une vie familiale heureuse et la connexion à l'école ont un effet protecteur contre la consommation de substances, alors que la victimisation par intimidation est associée à un risque accru de consommation de substances. Les travaux de recherche ultérieurs devraient porter sur les mécanismes sous-jacents de l'association entre les facteurs de santé sociale et la consommation de substances chez les jeunes faisant partie de minorités de genre.

### **Points forts et limites**

L'un des principaux points forts de notre étude est qu'elle est la première à être fondée sur un grand échantillon d'élèves canadiens du secondaire pour obtenir une comparaison des comportements en matière de consommation de substances chez les

jeunes faisant partie de minorités de genre et les jeunes ne faisant pas partie de ces minorités. Il a été possible d'avoir une taille d'échantillon aussi élevée grâce à la robustesse des procédures de collecte de données de l'étude COMPASS et du processus de jumelage des données. De plus, la mesure de l'identité de genre a permis de bien cerner les jeunes faisant partie de minorités de genre.

En ce qui concerne les limites de notre étude, il convient de mentionner premièrement que notre question sur le genre ne permet pas de distinguer des sous-catégories de jeunes faisant partie de minorités spécifiques de genre (jeunes transgenres, jeunes non binaires). Toutefois, la proportion de jeunes faisant partie de minorités de genre que nous avons observée dans notre étude (2 %) concorde avec ce qui a été observé dans d'autres études menées auprès de jeunes du secondaire<sup>48</sup>, et cette proportion est légèrement plus élevée que celle observée dans les études fondées sur la population qui se concentraient uniquement sur les jeunes transgenres<sup>39</sup>. Deuxièmement, nous avons eu recours à un échantillonnage dirigé pour recruter des écoles et recueillir des données, ce qui peut limiter la généralisabilité aux jeunes d'âge scolaire au Canada. Troisièmement, l'utilisation de mesures autodéclarées (en particulier celles sur l'identité de genre et la consommation de substances) peut avoir entraîné une sous-déclaration en raison d'un biais de désirabilité sociale. Toutefois, ces risques ont été atténués par l'usage d'une procédure anonyme de collecte de données de type « information active et consentement passif », qui encourage la participation et l'honnêteté des participants<sup>20,21</sup>. Enfin, la nature transversale de l'étude empêche la réalisation d'inférences causales.

### **Conclusion**

Nous avons constaté d'importantes disparités dans la consommation de substances selon l'identité de genre, les jeunes faisant partie de minorités de genre présentant un risque beaucoup plus élevé d'utiliser certaines substances (cigarettes, cigarettes électroniques, opioïdes à des fins non médicales) que les filles et les garçons. Notre étude fait ressortir l'importance de déterminer l'identité de genre en deux étapes dans les études de surveillance fondées sur la population. Dans les études ultérieures sur le sujet, il faudrait chercher à caractériser les tendances longitudinales

des comportements en matière de consommation de substances selon le genre et l'orientation sexuelle des adolescents canadiens. Ces connaissances seront utiles lors de la mise en œuvre d'interventions communautaires et scolaires adaptées visant à répondre aux besoins et aux défis uniques des jeunes faisant partie de minorités de genre.

## Remerciements

L'étude COMPASS a reçu le soutien d'une subvention transitoire de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), grâce au financement prioritaire « Obesity – Interventions to Prevent or Treat » (Interventions pour prévenir ou traiter l'obésité) (OOP-110788; attribué à STL), d'une subvention de fonctionnement de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC (MOP-114875; octroyée à STL), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-148562; octroyée à STL), d'une subvention transitoire des IRSC (PJT-149092; octroyée à KAP et à STL), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-159693; octroyée à KAP), d'un accord de financement de la recherche conclu avec Santé Canada (no 1617-HQ-000012; contrat octroyé à SL), d'une subvention d'équipe IRSC-Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (OF7 B1-PCPEGT 410-10-9633; octroyée à STL) et d'une subvention de projet de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC (PJT-180262; octroyée à STL et à KAP).

Une subvention pour les nouveaux chercheurs de la Fondation SickKids, en partenariat avec l'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents des IRSC (subvention no NI21-1193; octroyée à KAP), finance une étude à méthodes mixtes portant sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des jeunes, en s'appuyant sur les données de l'étude COMPASS, et une subvention de fonctionnement des IRSC (UIP 178846; octroyée à KAP) finance l'analyse de l'impact de la COVID-19 sur les comportements en matière de santé à partir des données de l'étude COMPASS.

L'étude COMPASS au Québec est également financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. TV bénéficie du soutien des bourses d'études supérieures de l'Ontario (BESO) et de

l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre du Programme fédéral d'expérience de travail étudiant.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

TV : conception, méthodologie, analyse formelle, organisation des données rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

KAP : supervision, organisation des données, acquisition du financement, ressources, relectures et révisions.

MdG : supervision, conception, méthodologie, ressources, relectures et révisions.

YJ : supervision, conception, méthodologie, ressources, relectures et révisions.

STL : supervision, organisation des données, acquisition du financement, ressources, conception, méthodologie, enquête, relectures et révisions.

Tous les auteurs ont approuvé la version finale de l'article.

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

## Références

1. Kidd JD, Jackman KB, Wolff M, Veldhuis CB, Hughes TL. Risk and protective factors for substance use among sexual and gender minority youth: a scoping review. *Curr Addict Rep.* 2018;5(2):158-173. <https://doi.org/10.1007/s40429-018-0196-9>
2. Statistique Canada. Un portrait statistique des différentes communautés LGBTQ2+ du Canada. [Le Quotidien]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 15 juin 2021 [n° 11-001-X au catalogue de Statistique Canada]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/210615/dq210615a-fra.pdf?st=EzFT7luC>

3. Suen LW, Lunn MR, Katuzny K, et al. What sexual and gender minority people want researchers to know about sexual orientation and gender identity questions: a qualitative study. *Arch Sex Behav.* 2020;49(7):2301-2318. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01810-y>
4. Mereish EH. Substance use and misuse among sexual and gender minority youth. *Curr Opin Psychol.* 2019; 30:123-127. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.05.002>
5. Patterson JG, Jabson JM, Bowen DJ. Measuring sexual and gender minority populations in health surveillance. *LGBT Health.* 2017;4(2):82-105. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0026>
6. Jun H-J, Webb-Morgan M, Felner JK, et al. Sexual orientation and gender identity disparities in substance use disorders during young adulthood in a United States longitudinal cohort. *Drug Alcohol Depend.* 2019;205:107619. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107619>
7. Statistique Canada. Le Canada est le premier pays à produire des données sur les personnes transgenres et les personnes non binaires à l'aide du recensement. [Le Quotidien]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, 27 avr. 2022 [n° 11-001-X au catalogue de Statistique Canada]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220427/dq220427b-fra.pdf?st=phrihodi>
8. Day JK, Fish JN, Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Russell ST. Transgender youth substance use disparities: results from a population-based sample. *J Adolesc Health.* 2017; 61(6):729-735. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.024>
9. De Pedro KT, Gilreath TD, Jackson C, Esqueda MC. Substance use among transgender students in California public middle and high schools. *J Sch Health.* 2017;87(5):303-309. <https://doi.org/10.1111/josh.12499>
10. Watson RJ, Fish JN, McKay T, Allen SH, Eaton L, Puhl RM. Substance use among a national sample of sexual and gender minority adolescents: intersections of sex assigned at birth and gender identity. *LGBT Health.* 2020;7(1): 37-46. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0066>

11. Fish JN, Bishop MD, Russell ST. Developmental differences in sexual orientation and gender identity-related substance use disparities: findings from population-based data. *J Adolesc Health*. 2021;68(6):1162-1169. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.10.023>
12. Fahey KM, Kovacek K, Abramovich A, Dermody SS. Substance use prevalence, patterns, and correlates in transgender and gender diverse youth: a scoping review. *Drug and alcohol dependence*. 2023;110880. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110880>
13. Buttazzoni A, Tariq U, Thompson-Haile A, Burkhalter R, Cooke M, Minaker L. Adolescent gender identity, sexual orientation, and cannabis use: potential mediations by internalizing disorder risk. *Health Educ Behav*. 2021;48(1):82-92. <https://doi.org/10.1177/1090198120965509>
14. Mitchell KJ, Ybarra ML, Banyard V, Goodman KL, Jones LM. Impact of the COVID-19 pandemic on perceptions of health and well-being among sexual and gender minority adolescents and emerging adults. *LGBT Health*. 2021. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0238>
15. De Pedro KT, Gorse MM. Substance use among transgender youth: associations with school-based victimization and school protective factors. *J LGBT Youth*. 2022;20(2):390-406. <https://doi.org/10.1080/19361653.2022.2029727>
16. Ugueto AM, Lucassen MF. Differences in suicidality and psychological symptoms between sexual and gender minority youth compared to heterosexual and cisgender youth in a psychiatric hospital. *Child Youth Serv Rev*. 2022;138:106504. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106504>
17. Gower AL, Rider GN, Brown C, et al. Supporting transgender and gender diverse youth: protection against emotional distress and substance use. *Am J Prev Med*. 2018;55(6):787-794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>
18. Watson RJ, Veale JF, Gordon AR, Clark BA, Saewyc EM. Risk and protective factors for transgender youths' substance use. *Prev Med Rep*. 2019;15:100905. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100905>
19. Leatherdale ST, Brown KS, Carson V, et al. The COMPASS study: a longitudinal hierarchical research platform for evaluating natural experiments related to changes in school-level programs, policies and built environment resources. *BMC Publ Health*. 2014;14:331. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-331>
20. Thompson-Haile A, Bredin C, Leatherdale ST. Rationale for using an active-information passive-consent permission protocol in COMPASS [Internet]. Waterloo (Ont.): University of Waterloo; 2013 [consultation le 1<sup>er</sup> févr. 2023]. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/rationale-using-active-information-passive-consent>
21. Tigges BB. Parental consent and adolescent risk behavior research. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(3):283-289. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00283.x>
22. Battista K, Qian W, Bredin C, Leatherdale S. Student data linkage over multiple years [Internet]. Waterloo (ON): University of Waterloo; 2019 [consultation le 1<sup>er</sup> févr. 2023]. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/student-data-linkage-over-multiple-years>
23. Reel B, Battista K, Bredin C, Leatherdale ST. COMPASS questionnaire changes from year 1 to year 7 [Internet]. Waterloo (ON): University of Waterloo; 2019 [consultation le 1<sup>er</sup> févr. 2023]. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/compass-questionnaire-changes-year-1-year-7>
24. Reel B, Battista K, Leatherdale ST. COMPASS protocol changes and recruitment for online survey implementation during the Covid-19 pandemic. Waterloo (ON): University of Waterloo; 2020 [consultation le 1<sup>er</sup> févr. 2023]. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/compass-protocol-changes-and-recruitment-online-survey>
25. Qualtrics Survey Software version 2020. Provo (UT): Qualtrics; 2020.
26. Santé Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [modification le 16 nov. 2023; consultation le 17 nov. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves.html>
27. Gouvernement du Canada. L'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC) au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 1<sup>er</sup> févr. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sante-enfant-nourissons/sante-scolaire/comportements-sante-jeunes-scolaire.html>
28. Johnson JL, Greaves L, Repta R. Better science with sex and gender: facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *Int J equity Health*. 2009;8:14. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-14>
29. Bussey K, Bandura A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychol Rev*. 1999;106(4):676-713. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.4.676>
30. Bradley KL, Bagnell AL, Brannen CL. Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(6):408-412. <https://doi.org/10.3109/01612840903484105>
31. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
32. Diener E, Wirtz D, Tov W, et al. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res*. 2010;97(2):143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>

33. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26(1):41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
34. Neumann A, van Lier PA, Gratz KL, Koot HM. Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*. 2010;17(1):138-149. <https://doi.org/10.1177/1073191109349579>
35. Perez J, Venta A, Garnaat S, Sharp C. The Difficulties in Emotion Regulation Scale: factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *J Psychopathol Behav Assess*. 2012;34(3):393-404. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9292-7>
36. Weinberg A, Klonsky ED. Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychol Assess*. 2009;21(4):616-621. <https://doi.org/10.1037/a0016669>
37. McNeely CA, Nonnemaker JM, Blum RW. Promoting school connectedness: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Sch Health*. 2002;72(4):138-146. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06533.x>
38. SAS, édition 9.4. Cary (NC): SAS Institute Inc.; 2015.
39. Fuxman S, Valenti M, Kessel Schneider S, O'Brien KHM, O'Donnell L. Substance use among transgender and cisgender high school students. *J LGBT Youth*. 2021;18(1):40-59. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1727814>
40. Coulter RWS, Bersamin M, Russell ST, Mair C. The effects of gender- and sexuality-based harassment on lesbian, gay, bisexual, and transgender substance use disparities. *J Adolesc Health*. 2018;62(6):688 -700. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.004>
41. Pattison R, Puyat JH, Giesbrecht A, Zenone M, Mathias S, Barbic S. Examining mental health differences between transgender, gender nonconforming, and cisgender young people in British Columbia. *Front Psychiatry*. 2021;12:720681 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.720681>
42. Thorisdottir IE, Asgeirsdottir BB, Kristjansson AL, et al. Depressive symptoms, mental wellbeing, and substance use among adolescents before and during the COVID-19 pandemic in Iceland: a longitudinal, population-based study. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8(8):663-672. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00156-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00156-5)
43. Benotsch EG, Zimmerman R, Cathers L, et al. Non-medical use of prescription drugs, polysubstance use, and mental health in transgender adults. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1-2):391-394. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.027>
44. Parr NJ. Differences in the age-varying association of school belonging with socioemotional flourishing among minority and non-minority college and university students. *J Am Coll Health*. 2022;70(5):1336-1340. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1808662>
45. Ionio C, Ciuffo G, Villa F, Landoni M, Sacchi M, Rizzi D. Adolescents in the Covid net: what impact on their mental health? *J Child Adolesc Trauma*. 2022:1-7. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00497-8>
46. Pollitt AM, Muraco JA, Grossman AH, Russell ST. Disclosure stress, social support, and depressive symptoms among cisgender bisexual youth. *J Marriage Fam*. 2017;79(5):1278-1294. <https://doi.org/10.1111/jomf.12418>
47. Watson RJ, Grossman AH, Russell ST. Sources of social support and mental health among LGB youth. *Youth Soc*. 2019;51(1):30-48. <https://doi.org/10.1177/0044118X16660110>
48. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. 2017; 61(4):521-526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>

# 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

[Appel à contributions](#)  
dans la Revue PSPMC mis à disposition selon  
les termes de la [licence internationale](#)  
[Creative Commons Attribution 4.0](#)

**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<sup>1,2</sup>. 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<sup>3,4</sup>. 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 Canada<sup>5</sup>. 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<sup>6,7</sup>. 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](mailto: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>

# Corrigendum

## Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0

Corrigendum dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Ce corrigendum vise à apporter certaines modifications à [l'article suivant](#) :

Heber A, Testa V, Groll D, Ritchie K, Tam-Seto L, Mulligan A, Sullo E, Schick A, Bose E, Jabbari Y, Lopes J, Carleton RN. Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023;43(10/11). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.09f>

### 1. Traumatisme sexuel militaire (TSM)

Les deux premières puces ont été supprimées de la définition du Traumatisme sexuel militaire (TSM).

Au moment de la publication, le répertoire de terminologie du ministère de la Défense nationale (MDN) contenait la définition de Traumatisme sexuel militaire (TSM) fournie. Bien qu'elle ait été publiée sur le site Web du MDN le 26 septembre 2023, cette définition a été retirée du site Web au début du mois de janvier 2024.

#### *Avant la correction*

##### **Traumatisme sexuel militaire (TSM)**

##### **Définition pour le grand public et définition scientifique**

- La *traumatisme sexuel militaire* (TSM) est un traumatisme subi par un membre des Forces armées canadiennes à la suite d'un acte sexuel ou sexualisé non désiré posé par un autre membre des Forces armées canadiennes. La gravité et les conséquences du traumatisme peuvent varier.
- *(La définition ci-dessus est la définition officielle approuvée au répertoire de terminologie du ministère de la Défense nationale ainsi que la première phrase de la définition du Glossaire des termes 3.0.)*
- Le terme TSM ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme TSM fait référence à toute activité sexuelle ou sexualisée qui se produit sans le consentement de la personne, durant son service comme membre des Forces armées canadiennes, ainsi que l'impact traumatique physique ou psychologique de cette activité sur la personne. Le spectre du TSM peut varier, allant de répercussions légères à des troubles graves.
- Parmi ces activités sexuelles ou sexualisées sans le consentement de la personne, ou auxquelles la personne est incapable de donner son consentement, on relève :
  - prendre part à des activités sexuelles sous coercition ou sous menaces (menaces à la sécurité physique, à la réputation ou à l'avancement de la carrière de la personne, ou encore menaces d'autres traitements négatifs si la personne refuse d'obéir);
  - toute situation coercitive utilisée comme faisant partie d'une obligation professionnelle ou d'une promotion, où les attentes sont que la personne participe à des expériences sexuelles non désirées ou les tolère;
  - toute situation impliquant des commentaires de nature sexuelle, des attouchements non désirés, des avances sexuelles, du harcèlement physique, y compris les activités ou les rituels d'initiation;
  - des contacts ou des activités sexuels impliquant une personne endormie ou inconsciente ou encore toute autre circonstance dans laquelle la personne est incapable de donner son consentement parce que ses facultés sont affaiblies par la drogue ou l'alcool;
  - des commentaires de nature sexuelle ou la présentation de matériel pornographique ou dévalorisant en milieu de travail;

- demandes répétées et non désirées de relation sexuelle;
- être témoin de n'importe lequel des exemples d'activités sexuelles ou sexualisées énumérés sur cette liste;
- toute activité ou manifestation de nature sexuelle non désirée qui crée un milieu de travail hostile, intimidant ou offensant.
- On relève, parmi les répercussions du TSM sur la personne touchée.
  - un sommeil perturbé et des cauchemars;
  - se sentir triste ou déprimé;
  - des souvenirs perturbants de reviviscence de l'événement;
  - des difficultés à se sentir en sécurité;
  - l'absence de sensations ou d'émotions;
  - éprouver des sentiments de culpabilité ou de honte, de colère ou de rage;
  - des problèmes au travail (comme être moins productif, en conflit avec ses coéquipiers);
  - des problèmes dans ses relations intimes et des difficultés dans son rôle de parent;
  - des problèmes d'alcool ou de drogue;
  - des blessures physiques ou des douleurs;
  - une répugnance à se présenter au travail ou à porter l'uniforme.

### *Après la correction*

#### **Traumatisme sexuel militaire (TSM)**

##### ***Définition pour le grand public et définition scientifique***

- Le terme TSM ne figure pas actuellement sur la liste de diagnostics du DSM-5-TR ou de la CIM-11.
- Le terme TSM fait référence à toute activité sexuelle ou sexualisée qui se produit sans le consentement de la personne, durant son service comme membre des Forces armées canadiennes, ainsi que l'impact traumatique physique ou psychologique de cette activité sur la personne. Le spectre du TSM peut varier, allant de répercussions légères à des troubles graves.
- Parmi ces activités sexuelles ou sexualisées sans le consentement de la personne, ou auxquelles la personne est incapable de donner son consentement, on relève :
  - prendre part à des activités sexuelles sous coercition ou sous menaces (menaces à la sécurité physique, à la réputation ou à l'avancement de la carrière de la personne, ou encore menaces d'autres traitements négatifs si la personne refuse d'obéir);
  - toute situation coercitive utilisée comme faisant partie d'une obligation professionnelle ou d'une promotion, où les attentes sont que la personne participe à des expériences sexuelles non désirées ou les tolère;
  - toute situation impliquant des commentaires de nature sexuelle, des attouchements non désirés, des avances sexuelles, du harcèlement physique, y compris les activités ou les rituels d'initiation;
  - des contacts ou des activités sexuelles impliquant une personne endormie ou inconsciente ou encore toute autre circonstance dans laquelle la personne est incapable de donner son consentement parce que ses facultés sont affaiblies par la drogue ou l'alcool;
  - des commentaires de nature sexuelle ou la présentation de matériel pornographique ou dévalorisant en milieu de travail;
  - demandes répétées et non désirées de relation sexuelle;
  - être témoin de n'importe lequel des exemples d'activités sexuelles ou sexualisées énumérés sur cette liste;
  - toute activité ou manifestation de nature sexuelle non désirée qui crée un milieu de travail hostile, intimidant ou offensant.
- On relève, parmi les répercussions du TSM sur la personne touchée.
  - un sommeil perturbé et des cauchemars;
  - se sentir triste ou déprimé;
  - des souvenirs perturbants de reviviscence de l'événement;
  - des difficultés à se sentir en sécurité;

- 
- l'absence de sensations ou d'émotions;
  - éprouver des sentiments de culpabilité ou de honte, de colère ou de rage;
  - des problèmes au travail (comme être moins productif, en conflit avec ses coéquipiers);
  - des problèmes dans ses relations intimes et des difficultés dans son rôle de parent;
  - des problèmes d'alcool ou de drogue;
  - des blessures physiques ou des douleurs;
  - une répugnance à se présenter au travail ou à porter l'uniforme.

## 2. Définition de l'Égalité, diversité, et inclusion (ÉDI)

Le terme « égalité » a été remplacé par le terme « équité », conformément au vocabulaire privilégié<sup>1,2</sup>.

### *Avant la correction*

#### **Égalité, diversité, et inclusion (ÉDI)**

##### **Définition pour le grand public**

- L'expression *égalité, diversité et inclusion* (EDI) renvoie à trois valeurs étroitement liées, qui favorisent un sentiment d'appartenance et un milieu de traitement équitable pour tous, y compris pour les personnes qui sans cela pourraient être exclues ou marginalisées.

##### **Définition scientifique**

- Le terme *égalité* est défini comme étant le traitement juste, impartial et objectif des personnes.
- Le terme *diversité* fait référence à la gamme des différentes caractéristiques ou à l'hétérogénéité démographique d'un groupe de personnes.
- Le terme *inclusion* représente la création d'un milieu où une égalité d'accès aux possibilités et aux ressources est offerte aux personnes qui seraient autrement exclues ou marginalisées.
- Égalité, diversité et inclusion favorisent un milieu où la diversité est acceptée et reconnue, où l'égalité d'accès permet une participation pleine et entière et où les disparités entre les personnes et entre les groupes sont réduites afin d'assurer des chances égales de réussite.
- Le programme *Égalité, diversité et inclusion* fait référence aux moyens que les sociétés ou les milieux de travail prennent pour donner des chances égales à toutes les personnes et à tous les employés, quelles que soient leurs différences.
- En reconnaissant et en diminuant l'impact négatif de ces différences, le programme ÉDI établit un équilibre entre accepter les différences et donner des chances égales de réussite.

### *Après la correction*

#### **Équité, diversité, et inclusion (ÉDI)**

##### **Définition pour le grand public**

- L'expression *équité, diversité et inclusion* (EDI) renvoie à trois valeurs étroitement liées, qui favorisent un sentiment d'appartenance et un milieu de traitement équitable pour tous, y compris pour les personnes qui sans cela pourraient être exclues ou marginalisées.

##### **Définition scientifique**

- Le terme *équité* est défini comme étant le traitement juste, impartial et objectif des personnes.
- Le terme *diversité* fait référence à la gamme des différentes caractéristiques ou à l'hétérogénéité démographique d'un groupe de personnes.
- Le terme *inclusion* représente la création d'un milieu où une égalité d'accès aux possibilités et aux ressources est offerte aux personnes qui seraient autrement exclues ou marginalisées.

- 
- Équité, diversité et inclusion favorisent un milieu où la diversité est acceptée et reconnue, où l'égalité d'accès permet une participation pleine et entière et où les disparités entre les personnes et entre les groupes sont réduites afin d'assurer des chances égales de réussite.
  - Le programme *Équité, diversité et inclusion* fait référence aux moyens que les sociétés ou les milieux de travail prennent pour donner des chances égales à toutes les personnes et à tous les employés, quelles que soient leurs différences.
  - En reconnaissant et en diminuant l'impact négatif de ces différences, le programme ÉDI établit un équilibre entre accepter les différences et donner des chances égales de réussite.

La version en ligne originale de l'article a été modifiée le 28 février 2024 afin de refléter ces changements. La version PDF de l'article, lorsqu'elle sera publiée, reflétera la version à jour de l'article.

## Références

1. Comité de coordination de la recherche au Canada. Renforcement de l'équité, de la diversité et de l'inclusion en recherche [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [mise à jour le 28 mars 2023; consultation le 21 février 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/comite-coordination-recherche/priorites/equite-diversite-inclusion-recherche.html>
2. Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG). Équité, diversité et inclusion [Internet]. Ottawa (Ont.) : CRSNG; [mise à jour le 5 avril 2022; consultation le 21 février 2024]. En ligne à : [https://www.nserc-crsng.gc.ca/InterAgency-Interorganismes/index\\_fra.asp](https://www.nserc-crsng.gc.ca/InterAgency-Interorganismes/index_fra.asp)

## Autres publications de l'ASPC

Annonce dans la Revue PSPMC  
mise à disposition selon les termes  
de la [licence internationale  
Creative Commons Attribution 4.0](#)



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 et 2024.

Bouchouar E, Levine MJ, **Ileka-Priouzeau S**, **Dave S**, et al. Exploring challenges and opportunities in detecting emerging drug trends: a socio-technical analysis of the Canadian context. *Can J Public Health*. 2023. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00842-w>

Dun-Dery F, Xie J, Winston K, **Salvadori MI**, et al. Post-COVID-19 condition in children 6 and 12 months after infection. *JAMA Netw Open*. 2023;6(12). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.49613>

Frehlich L, Turin TC, Doyle-Baker P, **Lang JJ**, et al. Mediation analysis of the associations between neighbourhood walkability and greenness, accelerometer-measured physical activity, and health-related fitness in urban dwelling Canadians. *Prev Med*. 2024;178:107792. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107792>

Leatherdale ST, Amores A, Bélanger RE, [...] **Jiang Y**. Youth perception of difficulty accessing cannabis following cannabis legalization and during the early and ongoing stages of the COVID-19 pandemic: repeat cross-sectional and longitudinal data from the COMPASS study. *Arch Public Health*. 2023;81(1):214. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01224-x>

Palis H, Haywood B, McDougall J, [...] **Burgess H**, et al. Factors associated with obtaining prescribed safer supply among people accessing harm reduction services: findings from a cross-sectional survey. *Harm Reduct J*. 2024;21(1):5. <https://doi.org/10.1186/s12954-024-00928-9>

Sayfi S, Charide R, Elliott SA, [...] **Stevens A**, et al. A multimethods randomized trial found that plain language versions improved adults understanding of health recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2024;165:111219. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2023.11.009>

Shaver N, Beck A, Bennett A, [...] **Garritty C**, **Subnath M**, [...] **Traversy G**, **Graham E**, et al. Screening for hypertension in adults: protocol for evidence reviews to inform a Canadian Task Force on Preventive Health Care guideline update. *Syst Rev*. 2024;13(1):17. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02392-1>

**Toigo S**, Katzman DK, Vyver E, **McFaul SR**, **Iynkkaran I**, **Thompson W**. Eating disorder hospitalizations among children and youth in Canada from 2010 to 2022: a population-based surveillance study using administrative data. *J Eat Disord*. 2024;12(1):3. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00957-y>

Warkentin MT, Ruan Y, Ellison LF, [...] **Demers AA**, [...] **Brenner DR**. Progress in cancer control leads to a substantial number of cancer deaths avoided in Canada. *JNCI Cancer Spectr*. 2023;7(6):pkad105. <https://doi.org/10.1093/jncics/pkad105>

Zhu F, Zhao Y, Arnold DL, [...] **Bonner C**, **Graham M**, [...] **Knox N**, [...] **Van Domselaar G**, et al. A cross-sectional study of MRI features and the gut microbiome in pediatric-onset multiple sclerosis. *Ann Clin Transl Neurol*. 2023. <https://doi.org/10.1002/acn3.51970>

Ziam S, Lanoue S, McSween-Cadieux E, [...] **Jean E**, et al. A scoping review of theories, models and frameworks used or proposed to evaluate knowledge mobilization strategies. *Health Res Policy Syst*. 2024;22(1):8. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01090-7>

