

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 44 • numéro 5 • mai 2024

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

- 219** Disparités dans la santé mentale positive des adultes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre au Canada
- 232** Étude descriptive des liens entre les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances et l'itinérance au Canada

Recherche originale par méthodes mixtes

- 243** Offres de perfectionnement professionnel en communication en santé publique et correspondance avec les compétences essentielles : analyse contextuelle et analyse de contenu

Aperçu

- 255** Surveillance provinciale et territoriale des anomalies congénitales : résumé des programmes de surveillance au Canada

Lettre à la rédaction

- 262** Réponse à l'article « Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance au Canada »

Annonce

- 264** 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
- 266** 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

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

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

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

Recherche quantitative originale

Disparités dans la santé mentale positive des adultes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre au Canada

Sonia Hajo, M. Sc. (1,2); Colin A. Capaldi, Ph. D. (1); Li Liu, Ph. D. (1)

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

Résumé

Introduction. L'objectif de cette étude était d'examiner les disparités potentielles en matière de santé mentale positive chez les adultes au Canada selon leur orientation sexuelle et leur modalité de genre.

Méthodologie. À l'aide des données de la composante annuelle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2019 (N = 57 034), nous avons comparé la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale auto-évaluée (SMAE), de bonheur et de sentiment d'appartenance à la communauté entre les adultes hétérosexuels et les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle, ainsi qu'entre les adultes cisgenres et les adultes faisant partie d'une minorité de genre. Nous avons utilisé les données de la composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de l'ESCC de 2019 (N = 11 486) pour comparer la prévalence d'un niveau élevé de bien-être psychologique chez les adultes hétérosexuels et les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle. Des analyses de régression linéaire nous ont permis de relever les différences entre ces groupes en ce qui concerne la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et des analyses de régression logistique en ce qui concerne les autres paramètres de la santé mentale positive.

Résultats. Par rapport aux adultes hétérosexuels, les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle ont fait état d'une moins grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie ($B = -0,7$, IC à 95 % : $-0,8$ à $-0,5$) et étaient moins susceptibles de déclarer un niveau élevé de SMAE (RC = 0,4, IC à 95 % : 0,3 à 0,5), de bonheur (RC = 0,4, IC à 95 % : 0,3 à 0,5), de sentiment d'appartenance à la communauté (RC = 0,6, IC à 95 % : 0,5 à 0,7) et de bien-être psychologique (RC = 0,4, IC à 95 % : 0,3 à 0,6). Les différences n'étaient pas toujours statistiquement significatives pour certains groupes de minorités sexuelles dans les analyses stratifiées selon le sexe. Les adultes faisant partie d'une minorité de genre ont fait état d'une moins grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie et étaient moins susceptibles de déclarer un niveau élevé de SMAE et de bonheur que les adultes cisgenres.

Conclusion. Les travaux de recherche ultérieurs pourraient porter sur l'origine de ces disparités en matière de santé mentale positive, sur les facteurs de risque et les facteurs de protection au sein de ces populations, sur la façon dont d'autres facteurs sociodémographiques interagissent avec l'orientation sexuelle et l'identité de genre et influent sur la santé mentale positive, et sur l'évolution de ces disparités au fil du temps.

Mots-clés : orientation sexuelle, identité de genre, inégalités en matière de santé, santé mentale positive, satisfaction à l'égard de la vie, bonheur, bien-être psychologique, sentiment d'appartenance à la communauté.

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



Points saillants

- Nous avons étudié les disparités en matière de santé mentale positive entre les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle et les adultes hétérosexuels, ainsi qu'entre les adultes faisant partie d'une minorité de genre et les adultes cisgenres au Canada en 2019.
- La satisfaction moyenne à l'égard de la vie était significativement plus faible chez les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle que chez les adultes hétérosexuels.
- La prévalence d'un niveau élevé de santé mentale auto-évaluée, de bonheur, de sentiment d'appartenance à la communauté et de bien-être psychologique était également significativement plus faible chez les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle que chez les adultes hétérosexuels.
- La satisfaction moyenne à l'égard de la vie et la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale auto-évaluée et de bonheur étaient également significativement plus faibles chez les adultes faisant partie d'une minorité de genre que chez les adultes cisgenres.

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Colin A. Capaldi, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-299-7714; courriel : colin.capaldi@phac-aspc.gc.ca.

Introduction

En 2015-2018, 3,2 % des personnes de 15 ans ou plus au Canada se sont identifiées comme gaies, lesbiennes ou bisexuelles¹ et en 2021, 0,3 % se sont identifiées comme transgenres ou non binaires². L'orientation sexuelle et la modalité de genre (c'est-à-dire la congruence ou l'incongruence entre l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance³) sont des caractéristiques sociodémographiques susceptibles d'avoir de vastes implications pour la santé^{4,5}. La recherche montre que les personnes aux deux esprits (et bispirituelles), lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queers ainsi que les personnes faisant partie des communautés de la diversité sexuelle et de genre qui utilisent une autre terminologie (2ELGBTQ+)* courent un plus grand risque d'état psychologique négatif que leurs pairs hétérosexuels et cisgenres^{6,7} : les taux de dépression et de troubles d'anxiété, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide sont notamment plus élevés chez les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle^{6,8-10} et chez les personnes transgenres⁷. L'automutilation non suicidaire est également plus fréquente chez les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre¹¹. Des disparités dans les difficultés psychologiques entre les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle et les hétérosexuels ont également été observées dans les enquêtes sur la santé de la population canadienne¹²⁻¹⁶.

On explique souvent ces inégalités à l'aide de la théorie du stress des minorités, à savoir que les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre ont en moyenne une moins bonne santé mentale en raison du stress excessif causé par la stigmatisation, les préjugés et la discrimination auxquels elles sont confrontées et par l'intériorisation des attitudes négatives de la société^{17,18}. À l'appui de cette théorie, les événements stigmatisants, la transphobie ou l'homophobie intériorisées, les attentes de rejet et la dissimulation de l'identité ont été associés à des conséquences psychologiques négatives chez les personnes 2ELGBTQ+¹⁹⁻²².

Si les travaux de recherche dont on dispose permettent de mieux comprendre la

maladie mentale et le sentiment de détresse dans les populations 2ELGBTQ+, ces difficultés psychologiques n'englobent pas tous les aspects de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²³. Cette définition implique que la santé mentale va au-delà de la maladie mentale (c'est-à-dire du *mal-être*) et souligne l'importance des aspects positifs de la santé mentale (c'est-à-dire le *bien-être*). Selon le modèle des deux continuums de la santé mentale, la santé mentale positive et la maladie mentale ne se situent pas aux extrémités opposées d'un même continuum, mais sont des concepts distincts (quoique reliés)^{24,25}. Par conséquent, une personne peut vivre avec une maladie mentale tout en ayant un niveau relativement élevé de santé mentale positive²⁶. Ainsi, pour bien comprendre la santé mentale des personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre, il est important d'étudier également leur bien-être émotionnel, psychologique et social²⁷. En mettant l'accent sur la santé mentale positive des personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre, il est possible d'aller au-delà des approches classiques, comme les approches biomédicales et les approches fondées sur les déficits, pour adopter une compréhension de la santé mentale de ces personnes qui soit davantage fondée sur les points forts²⁸.

Certaines études antérieures ont utilisé des données provenant d'enquêtes à grande échelle sur la santé de la population pour connaître la santé mentale positive globale des personnes appartenant à une minorité sexuelle au Canada^{13,29,30}. Par exemple, les analyses des données de la composante Santé mentale de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012 indiquent que les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle avaient un niveau moins élevé de santé mentale positive que les personnes hétérosexuelles^{29,30}, alors que les analyses de l'ESCC de 2015 ont révélé des disparités statistiquement significatives en matière de santé mentale positive uniquement chez les personnes bisexuelles¹³. Dans les analyses menées dans ces études, la santé

mentale positive a été considérée comme un concept général unique, alors qu'il est possible d'étudier plusieurs paramètres de la santé mentale positive de façon à obtenir une compréhension plus fine et plus nuancée des différents aspects du bien-être au sein d'une population et entre diverses populations³¹⁻³³. En effet, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) fait un suivi de la santé mentale positive des adultes au Canada à l'aide de cinq paramètres dans son Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (CISSMP), soit la santé mentale auto-évaluée (SMAE), le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie, le bien-être psychologique et le sentiment d'appartenance à la communauté^{31,32}.

De manière plus générale, on sait peu de choses sur la santé mentale positive des personnes faisant partie d'une minorité de genre au Canada, étant donné que les questions faisant la distinction entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre n'ont que récemment commencé à être utilisées dans les enquêtes en santé de la population³⁴.

Enfin, il semblerait que la prévalence de certains paramètres de la santé mentale positive, comme un niveau élevé de SMAE, ait diminué au Canada depuis 2015³⁵, ce qui fait qu'il est possible que les inégalités en matière de santé mentale positive aient changé si les tendances n'ont pas été les mêmes au sein des populations 2ELGBTQ+ et des populations non 2ELGBTQ+. Pour combler ces lacunes, nous avons utilisé des données plus récentes, datant de 2019, afin d'étudier de manière exhaustive les disparités en matière de santé mentale positive en fonction de l'orientation sexuelle et de la modalité de genre pour l'ensemble des paramètres de la santé mentale positive tirés du CISSMP^{31,32}.

Méthodologie

Données et participants

Les données relatives à quatre des cinq paramètres de la santé mentale positive proviennent de la Composante annuelle de l'ESCC de 2019³⁴, qui porte sur la période allant de janvier à décembre 2019.

* Le premier Plan d'action fédéral 2ELGBTQ+ (<https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/sois-toi-meme/plan-action-federal-2elgbtqi-plus/plan-action-federal-2elgbtqi-plus-2022.html>) a été lancé en 2022 dans le but d'améliorer la collecte et l'analyse de données, la recherche et les connaissances sur les personnes 2ELGBTQ+ au Canada. Conformément à l'approche de Statistique Canada (<https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/4313-ameliorer-les-donnees-sur-les-populations-2elgbtqi>), l'acronyme « 2ELGBTQ+ » est utilisé dans cet article, plutôt que « 2ELGBTQ+ », afin de refléter la portée de l'enquête sur laquelle il s'appuie.

Le cinquième paramètre de la santé mentale positive, soit le bien-être psychologique, a été mesuré dans le cadre de la Composante de réponse rapide de l'ESCC 2019³⁶, administrée aux répondants qui ont participé à l'enquête entre janvier et mars 2019. Statistique Canada a exclu de la population cible de l'ESCC 2019 les membres à temps plein des Forces armées canadiennes ainsi que les personnes vivant dans une réserve des Premières Nations ou un autre établissement autochtone provincial, en établissement, en famille d'accueil pour les jeunes de 12 à 17 ans et enfin les personnes vivant dans deux régions sanitaires précises du Québec, ce qui équivaut au total à exclure moins de 3 % des personnes de 12 ans et plus au Canada. Les personnes vivant dans les territoires ont été exclues de la population cible de la Composante de réponse rapide : des données associées aux territoires ont été recueillies, mais elles ne sont pas disponibles dans la Composante annuelle de 2019 car elles ne deviennent représentatives qu'après deux ans de collecte. Le cadre d'échantillonnage utilisé pour l'Enquête sur la population active a également été utilisé dans l'ESCC 2019 pour les adultes vivant dans les provinces.

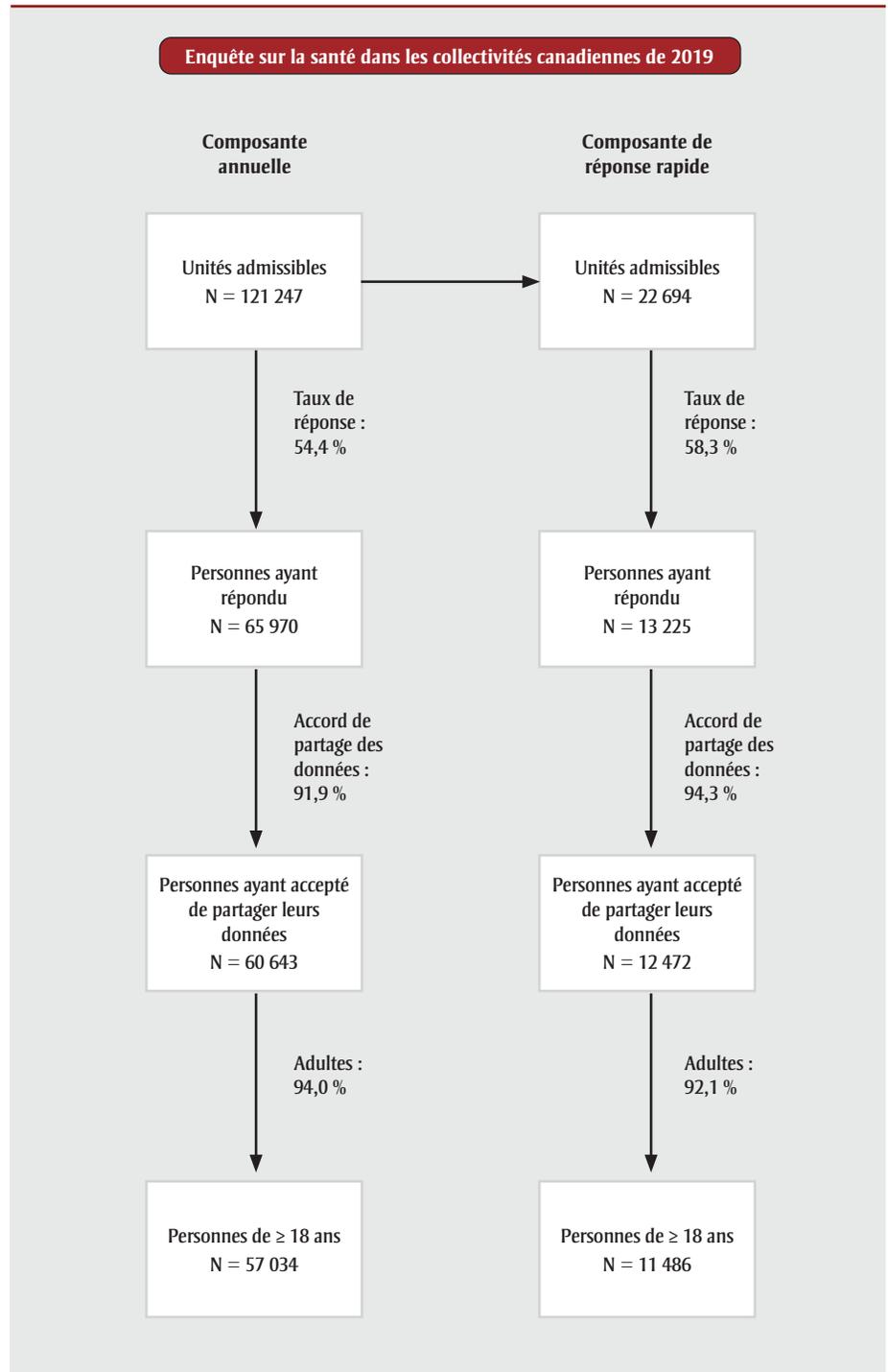
Les personnes interrogées ont répondu à l'ESCC 2019 dans le cadre d'une entrevue téléphonique assistée par ordinateur ou d'une entrevue réalisée en personne. Dans l'ESCC 2019, les données ont été recueillies auprès de la population de 12 ans ou plus, mais seules les personnes de 15 ans ou plus ont été interrogées sur leur orientation sexuelle. Nous avons néanmoins exclu les jeunes de 12 à 17 ans de notre étude parce que des mesures différentes sont utilisées pour surveiller certains indicateurs de la santé mentale positive dans la version du CISSMP destinée aux jeunes³². En outre, nous n'avons eu accès qu'aux données des répondants qui avaient accepté de partager leurs données avec l'ASPC et Santé Canada. Comme l'illustre la figure 1, ces restrictions ont conduit à une taille d'échantillon de 57 034 pour la Composante annuelle et de 11 486 pour la Composante de réponse rapide.

Mesures

Paramètres de la santé mentale positive

Parmi les cinq paramètres de la santé mentale positive inclus dans le CISSMP pour les adultes^{32,33}, la SMAE, le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie et le sentiment d'appartenance à la communauté

FIGURE 1
Organigramme décrivant les réductions de taille d'échantillon dans la Composante annuelle et la Composante de réponse rapide de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019



ont été pris en compte dans la Composante annuelle. Le bien-être psychologique n'a été mesuré que dans le cadre de la Composante de réponse rapide. Notre codification d'un niveau élevé de santé mentale positive est fondée sur les seuils utilisés dans le CISSMP³².

La SMAE a été évaluée à l'aide de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est...? » Les réponses possibles étaient « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » et « mauvaise ». Nous avons effectué un codage dichotomique et avons considéré

que les personnes ayant répondu « excellente » ou « très bonne » avaient un niveau élevé de SMAE. Ce type de question a été recommandé par l'OCDE comme mesure de l'état général de la santé mentale²⁵. Les réponses à cette question ont été associées à un large éventail de résultats en matière de santé physique et mentale³⁷.

Le bonheur a été évalué à l'aide de la question suivante : « Vous décririez-vous comme étant habituellement...? ». Les réponses possibles étaient les suivantes : « heureux et intéressé à vivre », « plutôt heureux », « plutôt malheureux », « malheureux avec peu d'intérêt à vivre » et « si malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ». Nous avons effectué un codage dichotomique et avons considéré que les personnes ayant répondu « heureux et intéressé à vivre » avaient un niveau élevé de bonheur.

La satisfaction à l'égard de la vie a été évaluée à l'aide de la question suivante : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie "très insatisfait" et 10 signifie "très satisfait", quel sentiment éprouvez-vous présentement à l'égard de votre vie en général? » Dans cette étude, nous avons traité cette variable comme une variable numérique et avons présenté la satisfaction moyenne à l'égard de la vie. Le bonheur et la satisfaction à l'égard de la vie sont des aspects essentiels du bien-être hédonique ou de la composante de la santé mentale positive qui concerne le sentiment de bien-être émotionnel^{27,38}.

Le sentiment d'appartenance à la communauté a été évalué à l'aide de la question suivante : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est...? » Les réponses possibles étaient « très fort », « plutôt fort », « plutôt faible » et « très faible ». Nous avons effectué un codage dichotomique et avons considéré que les personnes ayant répondu « très fort » ou « plutôt fort » avaient un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Cette question porte sur l'aspect du bien-être social qui concerne l'intégration sociale, que l'on peut considérer comme faisant partie du bien-être eudémonique ou de la composante de la santé mentale positive qui concerne le fonctionnement positif (au même titre que le bien-être psychologique)^{27,38}.

Le bien-être psychologique a été mesuré à l'aide des six éléments de la sous-échelle

du bien-être psychologique intitulée Mental Health Continuum – Short Form³⁹. Les participants ont été interrogés sur la fréquence à laquelle ils avaient, au cours du dernier mois, le sentiment : 1) d'aimer la plupart des facettes de leur personnalité; 2) d'être bons pour gérer les responsabilités de leur vie quotidienne; 3) d'avoir des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec les autres; 4) de vivre des expériences qui les ont poussés à grandir et à devenir une meilleure personne; 5) d'être suffisamment sûrs d'eux pour penser ou exprimer leurs propres idées et opinions et 6) que leur vie avait un but ou une signification. Ces questions sont conçues pour mesurer les six composantes du bien-être psychologique définies par Ryff⁴⁰, soit l'acceptation de soi, la maîtrise de son environnement, les relations positives avec les autres, la croissance personnelle, l'autonomie et le sentiment d'avoir un but dans la vie. Nous avons recodé les choix de réponse suivants pour représenter le nombre de jours au cours du dernier mois : « tous les jours » (28 jours = 7 jours par semaine × 4 semaines); « presque tous les jours » (20 jours = 5 jours par semaine × 4 semaines); « environ 2 ou 3 fois par semaine » (10 jours = 2,5 jours par semaine × 4 semaines); « environ une fois par semaine » (4 jours = 1 jour par semaine × 4 semaines); « une ou deux fois » (1,5 jour); et « jamais » (0 jour)⁴¹. Nous avons fait la moyenne des réponses recodées et avons effectué un codage dichotomique des répondants ayant un score moyen de 20 ou plus comme ayant un niveau élevé de bien-être psychologique.

Orientation sexuelle

La question suivante a été posée aux répondants : « Quelle est votre orientation sexuelle? ». Les choix de réponse étaient « hétérosexuelle », « homosexuelle », « bisexuelle » et « veuillez préciser ». Les personnes ayant indiqué une orientation sexuelle pouvant relever de l'une de ces réponses ont été recodées dans cette catégorie par Statistique Canada. Nous avons codé les personnes qui s'identifiaient comme homosexuelles (gaies/lesbiennes), comme bisexuelles/pansexuelles ou ayant indiqué une autre orientation sexuelle comme membres d'une minorité sexuelle.

Modalité de genre

La question suivante a été posée aux répondants : « Quel a été votre sexe assigné à la naissance? ». Les choix de réponse étaient « masculin » et « féminin ». Cette

question était suivie par la question suivante : « Quel est votre genre? ». Les choix de réponses étaient « masculin », « féminin » et « veuillez préciser ». Lorsque les réponses concernant le sexe assigné à la naissance et le genre concordent, nous avons codé la personne comme étant cisgenre; dans le cas contraire, nous l'avons codée comme faisant partie d'une minorité de genre.

Analyses

En utilisant les données de la Composante annuelle, nous avons estimé la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et le pourcentage de personnes ayant un niveau élevé de SMAE, de bonheur et de sentiment d'appartenance à la communauté en fonction de l'orientation sexuelle (hétérosexuelle ou minorité sexuelle) et de la modalité de genre (cisgenre ou minorité de genre). Nous avons également obtenu des estimations globales et stratifiées selon le sexe de ces paramètres de la santé mentale positive pour des groupes précis de minorités sexuelles (personnes gaies/lesbiennes et bisexuelles/pansexuelles) mais nous n'avons pas fait état séparément des paramètres de la santé mentale positive chez les personnes qui se sont identifiées comme ayant une autre orientation sexuelle qu'hétérosexuelle, gaie/lesbienne ou bisexuelle/pansexuelle, compte tenu de la difficulté associée à l'interprétation des résultats pour un groupe aussi hétérogène.

Nous avons estimé le pourcentage de personnes ayant un niveau élevé de bien-être psychologique en utilisant les données de la Composante de réponse rapide selon l'orientation sexuelle (hétérosexuelle ou minorité sexuelle). Nous avons également obtenu des estimations globales et stratifiées selon le sexe pour des groupes précis de minorités sexuelles (personnes gaies/lesbiennes et bisexuelles/pansexuelles) en ce qui concerne le niveau élevé de bien-être psychologique. L'estimation du bien-être psychologique des adultes faisant partie d'une minorité de genre n'est pas fournie ici car elle n'était pas publiable (coefficient de variation [CV] > 35).

Pour déterminer si les estimations ci-dessus étaient significativement différentes sur le plan statistique, nous avons effectué des analyses de régression logistique pour les paramètres dichotomisés de la santé mentale positive et des analyses de régression linéaire pour la satisfaction à l'égard de la vie. Nous avons utilisé un codage

fictif pour les analyses de régression linéaire afin que, comme pour les analyses de régression logistique, les « adultes hétérosexuels » soient le groupe de référence pour les analyses associées à l'orientation sexuelle et les « adultes cisgenres » soient le groupe de référence pour les analyses associées à l'identité de genre. Dans les analyses de régression logistique, nous avons interprété les rapports de cotes (RC) associés à des intervalles de confiance (IC) à 95 % n'incluant pas 1,0 comme étant statistiquement significatifs. Dans les analyses de régression linéaire, nous avons interprété les coefficients associés à des IC à 95 % n'incluant pas 0 comme étant statistiquement significatifs.

Pour les comparaisons générales entre les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle et les adultes hétérosexuels, nous avons également contrôlé statistiquement un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques dans les analyses de régression logistique subséquentes pour les paramètres dichotomisés de la santé mentale positive et dans les analyses de régression linéaire subséquentes pour la satisfaction à l'égard de la vie. Les covariables étaient le sexe assigné à la naissance, le groupe d'âge, l'état matrimonial (marié(e)/avec conjoint(e) de fait; célibataire/jamais marié(e); divorcé(e)/veuf(ve)/séparé(e)), le plus haut niveau de scolarité atteint (secondaire ou moins, postsecondaire), l'appartenance à un groupe racisé (oui, non) et le quintile de revenu du ménage.

À l'instar de ce qui a été fait dans d'autres analyses⁴²⁻⁴⁴, nous avons codé l'âge des adultes selon quatre groupes : jeunes adultes (de 18 à 34 ans), adultes d'âge moyen moins avancé (de 35 à 49 ans), adultes d'âge moyen plus avancé (de 50 à 64 ans) et aînés (65 ans et plus). Nous avons regroupé l'état matrimonial et le plus haut niveau de scolarité atteint en grandes catégories, à l'exemple de ce qui a été fait dans des analyses antérieures⁴⁵ et en tenant compte de la taille des groupes de minorités sexuelles. Il y a eu quelques disparités mineures dans la façon dont nous avons codé l'appartenance à un groupe racisé en raison des différentes variables dérivées fournies par Statistique Canada dans chaque ensemble de données au moment de l'analyse (voir les notes du tableau 1 pour de plus amples renseignements).

Les données sur le revenu des ménages ont été obtenues par Statistique Canada au moyen des dossiers fiscaux, par imputation ou au moyen de données autodéclarées. Conformément aux recommandations de Statistique Canada, et puisque le revenu peut être associé de façon non linéaire avec les paramètres de la santé mentale positive⁴⁶, nous avons codé le revenu des ménages en quintiles. Nous avons également inclus le lieu de résidence (centre de population, zone rurale) comme covariable dans les analyses, à l'exception de l'analyse concernant le bien-être psychologique, car il n'y avait aucune variable dérivée dans l'ensemble de données associé à la Composante de réponse rapide fourni par Statistique Canada. Les centres de population sont définis par Statistique Canada comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. En raison de la faible taille d'échantillon, nous ne présentons pas les analyses de régression logistique ou les analyses de régression linéaire subséquentes qui tiennent compte des covariables dans les comparaisons portant sur certains groupes de minorités sexuelles ou sur les adultes appartenant à une minorité de genre.

Toutes les estimations ont été ajustées à l'aide des poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada, et la variance a été estimée à l'aide de la méthode de rééchantillonnage bootstrap avec 1000 répétitions. Les poids d'échantillonnage tiennent compte des cas de non-réponse pendant la phase de recrutement et des répondants ayant refusé de partager leurs données avec l'ASPC et Santé Canada. En ce qui concerne les données manquantes, nous avons eu recours à la suppression par paires afin de maximiser la taille d'échantillon pour chaque analyse. Les estimations dont le CV est compris entre 15 % et 35 % (signalées par un « ^E ») doivent être interprétées avec prudence en raison de la forte variabilité de l'échantillonnage; les estimations dont le CV est supérieur à 35 % (signalées par un « ^F ») ont été supprimées. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Selon les données de la Composante annuelle, en 2019, 0,2 %^E des adultes dans les provinces canadiennes faisaient partie d'une minorité de genre et 3,9 %

faisaient partie d'une minorité sexuelle, soit 1,7 % s'identifiant comme gais/lesbiennes, 2,0 % comme bisexuel(le)s/pansexuel(le)s et 0,2 % comme ayant une autre orientation sexuelle (tableau 1).

Orientation sexuelle et santé mentale positive

Par rapport aux adultes hétérosexuels, les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle ont fait état d'une moins grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie ($B = -0,7$; IC à 95 % : $-0,8$ à $-0,5$) et étaient moins susceptibles de déclarer un niveau élevé de SMAE (RC = 0,4; IC à 95 % : 0,3 à 0,5), de bonheur (RC = 0,4; IC à 95 % : 0,3 à 0,5), de sentiment d'appartenance à la communauté (RC = 0,6; IC à 95 % : 0,5 à 0,7) et de bien-être psychologique (RC = 0,4; IC à 95 % : 0,3 à 0,6) (tableau 2). Ces différences sont demeurées statistiquement significatives même après contrôle pour les covariables.

Dans l'ensemble, et par rapport aux adultes hétérosexuels, les adultes gais/lesbiennes et les adultes bisexuels/pansexuels ont déclaré avoir un niveau de satisfaction moyenne à l'égard de la vie qui était significativement plus faible (respectivement $B = -0,4$; IC à 95 % : $-0,6$ à $-0,2$ et $B = -0,9$; IC à 95 % : $-1,1$ à $-0,7$) et ils étaient significativement moins susceptibles de déclarer avoir un niveau élevé de SMAE (respectivement RC = 0,7; IC à 95 % : 0,5 à 0,9 et RC = 0,3; IC à 95 % : 0,2 à 0,4), de bonheur (respectivement RC = 0,6; IC à 95 % : 0,4 à 0,8 et RC = 0,3; IC à 95 % : 0,2 à 0,4), de sentiment d'appartenance à la communauté (respectivement RC = 0,6; IC à 95 % : 0,5 à 0,8 et RC = 0,6; IC à 95 % : 0,4 à 0,7) et de bien-être psychologique (respectivement RC = 0,4; IC à 95 % : 0,2 à 0,8^E et RC = 0,5; IC à 95 % : 0,3 à 0,7) (tableau 3).

Des différences statistiquement significatives entre ces cinq paramètres de la santé mentale positive ont été observées chez les hommes bisexuels et les femmes bisexuelles dans les analyses stratifiées selon le sexe. Les hommes gais étaient significativement moins susceptibles que les hommes hétérosexuels de déclarer avoir un niveau élevé de SMAE (RC = 0,7; IC à 95 % : 0,5 à 0,9) et un fort sentiment d'appartenance à la communauté (RC = 0,5; IC à 95 % : 0,4 à 0,7), mais il n'y avait pas de disparités statistiquement significatives en ce qui concerne les niveaux élevés de bonheur, de bien-être psychologique ou

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques, Composante annuelle et Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive, ESCC 2019

Caractéristiques sociodémographiques	Composante annuelle, ESCC 2019	Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive, ESCC 2019
	Pourcentage (%) ^a	Pourcentage (%) ^a
Sexe	N = 57 034	N = 11 486
Masculin	49,2	49,2
Féminin	50,8	50,8
Groupe d'âge, en années	N = 57 034	N = 11 486
18 à 34	28,4	28,4
35 à 49	24,6	24,6
50 à 64	25,6	25,7
65 et plus	21,5	21,3
Plus haut niveau de scolarité atteint	N = 56 318	N = 11 336
Diplôme d'études secondaires ou moins	34,4	35,9
Diplôme d'études postsecondaires	65,6	64,1
État matrimonial	N = 56 974	N = 11 475
Marié(e) ou avec conjoint(e) de fait	62,5	63,2
Célibataire ou jamais marié(e)	25,0	23,9
Divorcé(e), veuf(ve) ou séparé(e)	12,5	12,9
Appartenance à un groupe racisé^b	N = 56 416	N = 11 396
Non	74,3	72,4
Oui	25,7	27,6
Lieu de résidence^c	N = 57 034	—
Centre de population	82,9	—
Zone rurale	17,1	—
Orientation sexuelle	N = 54 356	N = 11 069
Hétérosexuel(le)	96,1	96,6
Minorité sexuelle	3,9	3,4
Gai/lesbienne	1,7	— ^d
Bisexuel(le)/pansexuel(le)	2,0	— ^d
Autre	0,2	— ^f
Modalité de genre	N = 57 021	—
Cisgenre	99,8	— ^d
Minorité de genre	0,2 ^e	— ^f

Sources : Composante annuelle, ESCC 2019³⁴; Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive, ESCC 2019³⁶.

Abréviation : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

^a Les pourcentages ont été pondérés pour être représentatifs de la population cible.

^b Il y a eu des divergences mineures dans la façon dont nous avons codé l'appartenance à un groupe racisé en raison des différentes variables dérivées fournies par Statistique Canada dans chaque ensemble de données au moment de l'analyse. Pour la Composante de réponse rapide, nous avons codé le groupe n'ayant pas d'appartenance à un groupe racisé comme ne comprenant que des personnes non autochtones s'identifiant comme blanches; si une personne s'identifiait comme Autochtone, donnait une réponse autre que « Blanc » ou donnait une autre réponse en plus de « Blanc », elle était codée comme appartenant à un groupe racisé. Pour la Composante annuelle, le groupe n'ayant pas d'appartenance à un groupe racisé comprenait plus largement toutes les minorités non visibles et non autochtones; si une personne s'identifiait comme Autochtone ou pouvait être classée comme membre d'une minorité visible, elle était codée comme appartenant à un groupe racisé.

^c Les estimations relatives au lieu de résidence ne sont pas présentées dans la Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de l'ESCC 2019, car Statistique Canada n'a pas inclus de variable dérivée pertinente dans cet ensemble de données.

^d Ces estimations ne sont pas fournies, car elles pourraient être utilisées avec l'estimation fournie pour calculer l'estimation supprimée.

^e L'estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 15 % et 35 %).

^f L'estimation a été supprimée car le coefficient de variation est supérieur à 35 %.

de satisfaction moyenne à l'égard de la vie. En revanche, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était significativement moins élevée chez les femmes lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles ($B = -0,6$; IC à 95 % : $-0,9$ à $-0,3$), et les femmes lesbiennes étaient significativement moins susceptibles de déclarer avoir un niveau élevé de bonheur (RC = 0,5; IC à 95 % : 0,3 à 0,7), mais il n'y avait pas de disparités statistiquement significatives en ce qui concerne les niveaux élevés de SMAE, de sentiment d'appartenance à la communauté ou de bien-être psychologique (tableau 3).

Modalité de genre et santé mentale positive

Par rapport aux adultes cisgenres, les adultes faisant partie d'une minorité de genre ont déclaré avoir un niveau moyen de satisfaction à l'égard de la vie qui était significativement plus faible ($B = -1,7$; IC à 95 % : $-2,6$ à $-0,9$) et ils étaient significativement moins susceptibles de déclarer avoir un niveau élevé de SMAE (RC = 0,2; IC à 95 % : 0,1 à 0,5)^e et de bonheur (RC = 0,2; IC à 95 % : 0,1 à 0,4)^e, mais il n'y avait pas de disparités statistiquement significatives en ce qui concerne un fort sentiment d'appartenance à la communauté (tableau 4).

Analyse

Cette étude fait état de la santé mentale positive des adultes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre au Canada en 2019 en fonction de divers paramètres et elle examine les disparités entre ces paramètres au moyen de comparaisons avec les adultes hétérosexuels et cisgenres. Dans l'ensemble, les inégalités en matière de santé mentale positive sont fréquentes. Par rapport aux adultes hétérosexuels, les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle avaient un niveau moins élevé de satisfaction moyenne à l'égard de la vie et ils étaient moins susceptibles de déclarer avoir un niveau élevé de SMAE, de bonheur, de sentiment d'appartenance à la communauté et de bien-être psychologique. De même, par rapport aux adultes cisgenres, les adultes faisant partie d'une minorité de genre étaient moins susceptibles de déclarer avoir un niveau élevé de SMAE et de bonheur, et ils avaient tendance à être moins satisfaits à l'égard de la vie.

TABLEAU 2
Paramètres de la santé mentale positive chez les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle par rapport aux adultes hétérosexuels, Composante annuelle et Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive, ESCC 2019

Paramètres de la santé mentale positive	Prévalence (%) (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	RC (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	RCa (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)
Niveau élevé de SMAE			
Minorité sexuelle	46,3 (42,4, 50,2)	0,4 (0,3, 0,5)	0,5 (0,4, 0,6)
Hétérosexuel(le)	67,7 (67,0, 68,4)	(Réf.)	(Réf.)
Niveau élevé de bonheur			
Minorité sexuelle	56,4 (52,5, 60,4)	0,4 (0,3, 0,5)	0,5 (0,4, 0,6)
Hétérosexuel(le)	76,8 (76,1, 77,4)	(Réf.)	(Réf.)
Fort sentiment d'appartenance à la communauté			
Minorité sexuelle	56,8 (52,6, 61,1)	0,6 (0,5, 0,7)	0,7 (0,6, 0,9)
Hétérosexuel(le)	68,9 (68,2, 69,6)	(Réf.)	(Réf.)
Niveau élevé de bien-être psychologique			
Minorité sexuelle	57,4 (48,7, 66,0)	0,4 (0,3, 0,6)	0,5 (0,4, 0,8)
Hétérosexuel(le)	75,2 (73,7, 76,7)	(Réf.)	(Réf.)
	M (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	B (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	B ajusté (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)
Satisfaction moyenne à l'égard de la vie			
Minorité sexuelle	7,4 (7,3, 7,6)	-0,7 (-0,8, -0,5)	-0,5 (-0,7, -0,4)
Hétérosexuel(le)	8,1 (8,1, 8,1)	(Réf.)	(Réf.)

Sources : Composante annuelle, ESCC 2019³⁴; Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive, ESCC 2019³⁶.

Abréviations : B, coefficient de régression non standardisé; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; LIIC à 95 %, limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %; LSIC à 95 %, limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 %; M, moyenne; RC, rapport de cotes; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., groupe de référence; SMAE, santé mentale auto-évaluée.

Remarques : Toutes les estimations ont été pondérées. Les analyses portant sur le niveau élevé de bien-être psychologique ont été menées avec les données de la Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de l'ESCC 2019, tandis que les analyses portant sur les autres paramètres de la santé mentale positive ont été menées avec les données de la Composante annuelle de l'ESCC 2019. Les analyses de régression ajustées incluaient le sexe, le groupe d'âge, le plus haut niveau de scolarité atteint, l'appartenance à un groupe racisé, le quintile de revenu du ménage et l'état matrimonial comme covariables. Le lieu de résidence a également été inclus comme covariable, sauf dans le cas de l'analyse concernant un niveau élevé de bien-être psychologique. En raison de la variabilité des données manquantes, la taille d'échantillon était comprise entre 52 929 et 54 280 dans le cas des analyses relatives à la Composante annuelle et entre 10 393 et 10 531 dans le cas des analyses relatives à la Composante de réponse rapide. Les rapports de cotes en caractères gras sont associés à des intervalles de confiance qui excluent 1,0 et sont considérés comme étant statistiquement significatifs. Les coefficients de régression en caractères gras sont associés à des intervalles de confiance qui excluent 0 et sont considérés comme étant statistiquement significatifs.

Ces inégalités étaient généralement relativement importantes par rapport aux disparités précédemment observées entre les paramètres de la santé mentale positive pour d'autres caractéristiques sociodémographiques⁴⁵. Par exemple, dans notre étude, la différence en pourcentage en ce qui concerne le niveau élevé de SMAE était de 21,4 entre les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle et les personnes hétérosexuelles et de 36,0⁶ entre les personnes faisant partie d'une minorité de genre et les personnes cisgenres, tandis qu'en 2019, dans les analyses précédentes, cette différence en pourcentage ne dépassait pas 14,1 pour les comparaisons en fonction du groupe d'âge, de

l'appartenance à un groupe racisé, du statut vis-à-vis de l'immigration, du revenu du ménage, du lieu de résidence, du niveau de scolarité, du statut parental, du fait de vivre seul, de l'état matrimonial, de l'appartenance à un groupe de langue officielle en situation minoritaire ou de l'identité autochtone⁴⁵. En outre, dans notre étude, la différence concernant la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était de 0,7 entre les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle et les hétérosexuels et de 1,7 entre les personnes faisant partie d'une minorité de genre et les personnes cisgenres, alors que la différence moyenne la plus élevée observée dans toutes les comparaisons sociodémographiques

énumérées ci-dessus était de 0,6 en 2019⁴⁵. En raison des inégalités particulièrement importantes en matière de santé mentale positive chez les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre, ces personnes constituent une priorité élevée pour les activités de promotion de la santé mentale et pour d'autres interventions visant à agir sur les déterminants potentiels de la santé mentale positive^{47,48}.

Au-delà de ces inégalités générales, il est également important de reconnaître l'hétérogénéité qui existe au sein des groupes de personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre. Bien que la santé mentale positive ait été généralement

TABEAU 3
Paramètres de la santé mentale positive par catégorie détaillée d'orientation sexuelle, globalement et avec stratification par sexe,
Composante annuelle et Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive, ESCC 2019

Paramètres de la santé mentale positive	Globalement		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Prévalence (%) (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	RC (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	Prévalence (%) (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	RC (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	Prévalence (%) (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	RC (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)
Niveau élevé de SMAE						
Gai/lesbienne	59,1 (53,0, 65,1)	0,7 (0,5, 0,9)	60,6 (52,7, 68,5)	0,7 (0,5, 0,9)	56,4 (46,7, 66,1)	0,7 (0,5, 1,0)
Bisexuel(le)/pansexuel(le)	37,1 (32,0, 42,2)	0,3 (0,2, 0,4)	47,4 (37,7, 57,0)	0,4 (0,3, 0,6)	32,0 (26,2, 37,7)	0,2 (0,2, 0,3)
Hétérosexuel(le)	67,7 (67,0, 68,4)	(Réf.)	70,0 (69,0, 71,0)	(Réf.)	65,5 (64,5, 66,5)	(Réf.)
Niveau élevé de bonheur						
Gai/lesbienne	66,3 (59,7, 72,8)	0,6 (0,4, 0,8)	68,6 (60,3, 76,9)	0,7 (0,5, 1,1)	62,3 (52,6, 72,0)	0,5 (0,3, 0,7)
Bisexuel(le)/pansexuel(le)	50,3 (45,3, 55,4)	0,3 (0,2, 0,4)	48,3 (38,2, 58,4)	0,3 (0,2, 0,5)	51,4 (45,3, 57,4)	0,3 (0,2, 0,4)
Hétérosexuel(le)	76,8 (76,1, 77,4)	(Réf.)	75,6 (74,6, 76,5)	(Réf.)	78,0 (77,1, 78,8)	(Réf.)
Fort sentiment d'appartenance à la communauté						
Gai/lesbienne	57,9 (51,3, 64,5)	0,6 (0,5, 0,8)	51,3 (42,7, 59,9)	0,5 (0,4, 0,7)	69,2 (60,7, 77,7)	1,0 (0,7, 1,4)
Bisexuel(le)/pansexuel(le)	55,5 (50,0, 60,9)	0,6 (0,4, 0,7)	50,7 (40,9, 60,4)	0,5 (0,3, 0,7)	57,9 (51,9, 63,9)	0,6 (0,5, 0,8)
Hétérosexuel(le)	68,9 (68,2, 69,6)	(Réf.)	68,0 (66,9, 69,0)	(Réf.)	69,8 (68,8, 70,8)	(Réf.)
Niveau élevé de bien-être psychologique						
Gai/lesbienne	55,0 (38,2, 71,8) ^E	0,4 (0,2, 0,8) ^E	55,2 (32,1, 78,2) ^E	0,4 (0,1, 1,1) ^E	54,7 (33,2, 76,1) ^E	0,4 (0,2, 1,1) ^E
Bisexuel(le)/pansexuel(le)	59,3 (49,0, 69,5)	0,5 (0,3, 0,7)	57,1 (38,5, 75,7) ^E	0,4 (0,2, 0,9) ^E	60,4 (48,0, 72,9)	0,5 (0,3, 0,9)
Hétérosexuel(le)	75,2 (73,7, 76,7)	(Réf.)	76,3 (74,2, 78,4)	(Réf.)	74,2 (72,0, 76,3)	(Réf.)
	<i>M</i> (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	<i>B</i> (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	<i>M</i> (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	<i>B</i> (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	<i>M</i> (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	<i>B</i> (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)
Satisfaction moyenne à l'égard de la vie						
Gai/lesbienne	7,7 (7,5, 7,9)	-0,4 (-0,6, -0,2)	7,8 (7,5, 8,1)	-0,3 (-0,6, 0,1)	7,6 (7,2, 7,9)	-0,6 (-0,9, -0,3)
Bisexuel(le)/pansexuel(le)	7,2 (7,0, 7,4)	-0,9 (-1,1, -0,7)	7,2 (6,9, 7,6)	-0,8 (-1,2, -0,5)	7,1 (6,9, 7,4)	-1,0 (-1,2, -0,8)
Hétérosexuel(le)	8,1 (8,1, 8,1)	(Réf.)	8,1 (8,0, 8,1)	(Réf.)	8,1 (8,1, 8,2)	(Réf.)

Sources : Composante annuelle, ESCC 2019³⁴; Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive, ESCC 2019³⁶.

Abréviation : B, coefficient de régression non standardisé; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; LIIC à 95 %, limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %; LSIC à 95 %, limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 %; M, moyenne; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence; SMAE, santé mentale auto-évaluée.

Remarques : Toutes les estimations ont été pondérées. Les analyses portant sur le niveau élevé de bien-être psychologique ont été menées avec les données de la Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de l'ESCC 2019, tandis que les analyses portant sur les autres paramètres de la santé mentale positive ont été menées avec les données de la Composante annuelle de l'ESCC 2019. En raison de la variabilité des données manquantes dans la Composante annuelle, la taille d'échantillon était comprise entre 53 713 et 54 168 dans le cas des analyses globales, entre 24 356 et 24 571 dans le cas des analyses stratifiées pour la catégorie des hommes et entre 29 357 et 29 597 dans le cas des analyses stratifiées pour la catégorie des femmes. Nous n'indiquons pas les tailles d'échantillon pour les analyses faisant appel aux données de la Composante de réponse rapide, car elles pourraient être utilisées avec les tailles d'échantillon indiquées ailleurs pour calculer les valeurs supprimées. Les adultes ayant déclaré avoir une autre orientation sexuelle ont été exclus de ces analyses. Les rapports de cotes en caractères gras sont associés à des intervalles de confiance qui excluent 1,0 et sont considérés comme étant statistiquement significatifs. Les coefficients de régression en caractères gras sont associés à des intervalles de confiance qui excluent 0 et sont considérés comme étant statistiquement significatifs.

^E L'estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 15 % et 35 %).

TABLEAU 4
Paramètres de la santé mentale positive par modalité de genre, ensemble,
Composante annuelle de l'ESCC 2019

Paramètres de la santé mentale positive	Prévalence (%) (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	RC (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)
Niveau élevé de SMAE		
Minorité de genre	30,8 (13,2, 48,4) ^E	0,2 (0,1, 0,5)^E
Cisgenre	66,8 (66,1, 67,5)	(Réf.)
Niveau élevé de bonheur		
Minorité de genre	34,4 (16,3, 52,5) ^E	0,2 (0,1, 0,4)^E
Cisgenre	75,5 (74,9, 76,1)	(Réf.)
Fort sentiment d'appartenance à la communauté		
Minorité de genre	51,9 (34,2, 69,6) ^E	0,5 (0,2, 1,0) ^E
Cisgenre	68,4 (67,7, 69,1)	(Réf.)
	M (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)	B (LIIC à 95 %, LSIC à 95 %)
Satisfaction moyenne à l'égard de la vie		
Minorité de genre	6,4 (5,5, 7,2)	-1,7 (-2,6, -0,9)
Cisgenre	8,1 (8,1, 8,1)	(Réf.)

Source : Composante annuelle, ESCC 2019³⁴.

Abréviation : B, coefficient de régression non standardisé; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; LIIC à 95 %, limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %; LSIC à 95 %, limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 %; M, moyenne; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence; SMAE, santé mentale auto-évaluée.

Remarques : Toutes les estimations ont été pondérées. En raison de la variabilité des données manquantes, la taille d'échantillon était comprise entre 54 664 et 56 868. Les rapports de cotes en caractères gras sont associés à des intervalles de confiance qui excluent 1,0 et sont considérés comme étant statistiquement significatifs. Les coefficients de régression en caractères gras sont associés à des intervalles de confiance qui excluent 0 et sont considérés comme étant statistiquement significatifs.

^E L'estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 15 % et 35 %).

moins prévalente chez les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre que chez les personnes hétérosexuelles et cisgenres, un grand nombre de personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre ont fait état d'un niveau élevé de santé mentale positive. Par exemple, la majorité des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles/pansexuelles ainsi que des personnes faisant partie d'une minorité de genre ont fait état d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Ainsi, pour comprendre et favoriser la résilience individuelle et communautaire au sein de ces populations, il serait important d'étudier les facteurs de risque et les facteurs de protection qui distinguent les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre ayant un niveau élevé de santé mentale positive de celles qui n'ont pas un niveau élevé de santé mentale positive⁴⁹. Par exemple, la

compassion envers soi-même semble être un facteur de protection, car elle a été associée à un niveau inférieur de stress chez les minorités et à un plus grand sentiment de bien-être chez les populations faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre⁵⁰. En revanche, au Canada, les personnes qui font partie d'une minorité sexuelle ou de genre sont plus susceptibles de déclarer avoir été victimes d'un acte violent⁵¹, ce qui est un facteur de risque associé à un niveau inférieur de santé mentale positive³¹⁻³³ : des collectivités plus sûres et plus accueillantes envers les personnes 2ELGBTQ+ sont probablement un déterminant social important pour ces populations et une cible potentielle pour des interventions davantage systémiques⁴⁷.

Dans notre étude, des différences ont été observées quant à la cohérence des

inégalités associées aux paramètres de la santé mentale positive, les disparités étant le plus marquées entre les adultes bisexuels/pansexuels et les adultes hétérosexuels. Ces observations concordent avec les résultats de travaux de recherche antérieurs selon lesquels le risque de conséquences psychologiques négatives est souvent plus élevé chez les personnes bisexuelles que chez les personnes hétérosexuelles ou gaies/lesbiennes^{6,8,10,11,52}. Les préjugés et la discrimination spécifiques dont les personnes bisexuelles sont victimes ont été avancés pour expliquer le risque accru de ces personnes, notamment les attitudes négatives de la société à l'égard de la bisexualité, l'invisibilité et l'effacement des personnes bisexuelles dans la société en général et le manque de soutien à l'affirmation des personnes bisexuelles⁵². En effet, une récente analyse du contexte n'a révélé qu'un seul programme au Canada exclusivement consacré aux déterminants sociaux de la santé chez les personnes bisexuelles⁴⁷.

Les disparités en matière de santé mentale positive étaient également marquées chez les adultes faisant partie d'une minorité de genre. Outre le sentiment d'appartenance à la communauté, seulement environ le tiers des adultes faisant partie d'une minorité de genre ont déclaré avoir un niveau élevé de SMAE et de bonheur, et ils ont attribué à leur satisfaction à l'égard de la vie une note de 1,7 point inférieure, en moyenne, à celle fournie par les personnes cisgenres. Ces résultats viennent s'ajouter à ceux de travaux de recherche antérieurs sur la prévalence des difficultés psychologiques au sein de la population transgenre^{7,11}. La réduction des facteurs de stress distaux (le fait d'être la cible de comportements transphobes) et des facteurs de stress proximaux (les attentes d'être rejeté ou d'être la cible de discrimination, la dissimulation de son identité transgenre et l'intériorisation de la transphobie) pourrait être importante pour favoriser une bonne santé mentale, car ces expériences ont été associées à la dépression et aux idées suicidaires chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre¹⁹. Les travaux de recherche ultérieurs pourraient étudier les facteurs de risque et les facteurs de protection de la santé mentale positive chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre.

Points forts et limites

En utilisant des données provenant d'enquêtes à grande échelle sur la santé de la

population, nous avons pu étudier de nombreux paramètres de la santé mentale positive dans l'ensemble des populations de personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre ainsi que dans des groupes plus spécifiques de minorités sexuelles. L'étude de la santé mentale positive chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre constitue une contribution particulièrement importante, car l'inclusion de questions portant à la fois sur le sexe et le genre est un développement récent dans les enquêtes menées par Statistique Canada. En outre, notre approche de la santé mentale positive axée sur les points forts nous a permis de montrer que, malgré des disparités entre les populations, de nombreuses personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre éprouvent du bien-être dans leur vie.

Néanmoins, certaines limites méritent d'être mentionnées. Tout d'abord, nous avons relevé de nombreuses disparités en ce qui concerne la santé mentale positive et nous avons tenté d'expliquer les résultats en nous fondant sur la théorie du stress des minorités et sur des travaux de recherche antérieurs. Cependant, nous n'avons pas directement exploré les raisons expliquant l'existence de ces disparités. Les inégalités concernant les paramètres de la santé mentale positive persistaient entre les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle et les adultes hétérosexuels après contrôle pour diverses caractéristiques sociodémographiques; mais, en raison de la faible taille d'échantillon, nous avons codé certains groupes distincts en une seule catégorie pour certaines covariables et nous avons présenté uniquement des analyses de régression sans ajustement des paramètres de la santé mentale positive pour les comparaisons portant sur des groupes précis de minorités sexuelles et sur les adultes faisant partie d'une minorité de genre. Par ailleurs, la faible taille d'échantillon a eu pour effet de produire des intervalles de confiance relativement larges et a probablement nuï à la puissance statistique nécessaire à la détection de différences statistiquement significatives. En outre, le faible nombre d'adultes faisant partie d'une minorité de genre dans l'ensemble de données a limité notre capacité à examiner des identités de genre précises (par exemple les hommes transgenres, les femmes transgenres, les personnes non binaires). Le suréchantillonnage des personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre dans les enquêtes

ultérieures sur la santé de la population pourrait permettre un examen plus approfondi des diverses identités de ces personnes, ainsi que la désagrégation des résultats en fonction d'autres facteurs socio-démographiques potentiellement importants⁵³. Par exemple, une ventilation en fonction de l'âge pourrait être instructive, car il a été constaté dans des études menées dans d'autres pays que les expériences de discrimination et les disparités en matière de santé mentale varient au long de la vie chez les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle^{54,55}.

Ensuite, étant donné que les réponses aux questionnaires sont autodéclarées, elles peuvent être sujettes à un biais de rappel et à un biais de désirabilité sociale⁵⁶. De plus, la réticence de certaines personnes interrogées à révéler leur orientation sexuelle ou leur modalité de genre pourrait avoir entraîné des cas de classification erronée⁵⁷. Alors qu'on a demandé aux répondants d'indiquer leur identité sexuelle, d'autres dimensions importantes de l'orientation sexuelle auraient pu être évaluées (l'attraction sexuelle, le comportement sexuel)^{53,58}. En outre, la question de l'enquête sur le genre offrait les choix de réponse « genre masculin » et « genre féminin » plutôt que « homme » et « femme », qui sont plus pertinents⁵⁹. Enfin, nous ne disposons peut-être pas de données sur les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre qui sont les plus à risque (comme celles qui sont en situation d'itinérance)⁶⁰.

Conclusion

Nous avons constaté que, en 2019, avoir une santé mentale positive était généralement moins courant chez les adultes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre que chez les adultes hétérosexuels et cisgenres. Les travaux de recherche ultérieurs pourraient explorer les mécanismes expliquant pourquoi les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre ont une santé mentale positive moins élevée, les facteurs de risque et les facteurs de protection associés à la santé mentale positive chez ces personnes, l'effet sur la santé mentale positive de l'interaction entre l'orientation sexuelle/la modalité de genre et diverses autres caractéristiques sociodémographiques et enfin la manière dont les disparités observées en matière de santé mentale positive peuvent avoir évolué au fil du temps.

Remerciements

Nous tenons à remercier Raelyne Dopko et Elia Palladino pour leurs commentaires lors des premières étapes de la planification de ce projet, ainsi que Mélanie Varin pour ses commentaires à diverses étapes du projet et pour avoir refait les analyses afin de vérifier les résultats.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

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

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

LL : méthodologie, analyse formelle, relectures et révisions.

Tous les auteurs ont approuvé le manuscrit pour publication.

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. Statistique Canada. Caractéristiques de la famille et du ménage des personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 4 oct. 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-28-0001/2018001/article/00021-fra.htm>
2. 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. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 28 juill. 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-fra.htm>
3. Rioux C, Paré A, London-Nadeau K, et al. Sex and gender terminology: a glossary for gender-inclusive epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2022;76:764-768. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219171>

4. Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington (DC): National Academies Press; 2011. <https://doi.org/10.17226/13128>
5. Lick DJ, Durso LE, Johnson KL. Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspect Psychol Sci.* 2013;8(5):521-548. <https://doi.org/10.1177/1745691613497965>
6. Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *Int Rev Psychiatry.* 2015;27(5):367-385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
7. Pinna F, Paribello P, Somaini G, et al. Mental health in transgender individuals: a systematic review. *Int Rev Psychiatry.* 2022;34(3-4):292-359. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>
8. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2016;106(5):e1-12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303088>
9. King M, Semlyen J, Tai SS, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 2008;8:70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
10. Wittgens C, Fischer MM, Buspavanich P, Theobald S, Schweizer K, Trautmann S. Mental health in people with minority sexual orientations: a meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;145(4):357-372. <https://doi.org/10.1111/acps.13405>
11. Liu RT, Sheehan AE, Walsh RFL, Sanzari CM, Cheek SM, Hernandez EM. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2019; 74:101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
12. Brennan DJ, Ross LE, Dobinson C, Veldhuizen S, Steele LS. Men's sexual orientation and health in Canada. *Can J Public Health.* 2010;101(3):255-258. <https://doi.org/10.1007/bf03404385>
13. Gilmour H. Orientation sexuelle et santé mentale complète. *Rapports sur la santé.* 2019;30(11):3-10. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201901100001-fra>
14. Pakula B, Carpiano RM, Ratner PA, Shoveller JA. Life stress as a mediator and community belonging as a moderator of mood and anxiety disorders and co-occurring disorders with heavy drinking of gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Canadians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016; 51:1181-1192. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1236-1>
15. Pakula B, Shoveller JA. Sexual orientation and self-reported mood disorder diagnosis among Canadian adults. *BMC Public Health.* 2013;13:209. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-209>
16. Steele LS, Ross LE, Dobinson C, Veldhuizen S, Tinmouth JM. Women's sexual orientation and health: results from a Canadian population-based survey. *Women Health.* 2009;49(5): 353-367. <https://doi.org/10.1080/03630240903238685>
17. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
18. Pitoňák M. Mental health in non-heterosexuals: minority stress theory and related explanation frameworks review. *Ment Health Prev.* 2017;5:63-73. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2016.10.002>
19. Pellicane MJ, Ciesla JA. Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2022; 91:102113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102113>
20. Newcomb ME, Mustanski B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(8):1019-1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
21. Pachankis JE, Mahon CP, Jackson SD, Fetzner B, Bränström R. Sexual orientation concealment and mental health: a conceptual and meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2020;146(10):831-871. <https://doi.org/10.1037/bul0000271>
22. de Lange J, Baams L, van Bergen DD, Bos HM, Bosker RJ. Minority stress and suicidal ideation and suicide attempts among LGBT adolescents and young adults: a meta-analysis. *LGBT Health.* 2022;9(4):222-237. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0106>
23. World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition 2020. Geneva (CH): WHO; 2020. En ligne à : https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf
24. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
25. Organisation for Economic Co-operation and Development. Measuring population mental health. Paris (FR): OECD Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1787/5171eef8-en>
26. Orpana H, Vachon J, Pearson C, Elliott K, Smith M, Branchard B. Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2016;36(12):302-313. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.12.04f>
27. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002; 43(2):207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
28. Gahagan J, Colpitts E. Understanding and measuring LGBTQ pathways to health: a scoping review of strengths-based health promotion approaches in LGBTQ health research. *J Homosex.* 2017;64(1):95-121. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1172893>

29. Peter T. More than a feeling? An empirical analysis of the dual-continua model on a national sample of lesbian, gay, and bisexual identified Canadians. *J Homosex.* 2018;65(6): 814-31. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1364557>
30. Peter T. Mind the gap: predicting the positive mental health of adult sexual minority Canadians. *Health Promot Int.* 2018;33(4):665-675. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO/DAX016>
31. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2016;36(1):1-10. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01f>
32. Centre de surveillance et de recherche appliquée. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive : statistiques rapides [Internet]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2022 [modification le 10 mars 2022; consultation le 7 juill. 2022]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/>
33. Varin M, Palladino E, Lary T, Baker M. Mise à jour sur la santé mentale positive chez les adultes au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2020;40(3):86-91. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.3.04f>
34. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) : information détaillée pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 16 janv. 2020]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
35. Agence de la santé publique du Canada. Quel est l'état de santé des personnes au Canada? Un tableau de bord des indicateurs : Un message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2023 [consultation le 30 mars 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/tableau-de-bord-sur-la-sante-des-personnes-au-canada/message-asp.html>
36. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réponse rapide Janvier - Mars 2019 - Santé mentale positive [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [consultation le 7 juill. 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr_f.pl?Function=assembleInstr&Item_Id=1208980
37. Ahmad F, Jhajj AK, Stewart DE, Burghardt M, Bierman AS. Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):398. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-398>
38. Huta V, Waterman AS. Eudaimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *J Happiness Stud.* 2014;15(6):1425-1456. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0>
39. Lamers SM, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CL. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *J Clin Psychol.* 2011; 67(1):99-110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
40. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
41. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, Jayaraman G. Mesurer la santé mentale positive au Canada : validation des concepts du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2017; 37(4):123-130. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.03f>
42. Statistique Canada. Santé mentale perçue, selon le groupe d'âge [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 13 oct. 2023]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009603&request_locale=fr
43. Statistique Canada. Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort, selon le groupe d'âge [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 13 oct. 2023]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009615&request_locale=fr
44. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(11):359-377. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
45. Agence de la santé publique du Canada. Inégalités dans la santé mentale chez les adultes avant et pendant la pandémie de COVID-19 : outil de données [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022 [modification le 31 oct. 2022; consultation le 4 avr. 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/inegalites-sante-mentale/>
46. Jebb AT, Tay L, Diener E, Oishi S. Happiness, income satiation and turning points around the world. *Nat Hum Behav.* 2018;2(1):33-38. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0277-0>
47. Higgins R, Hansen B, Jackson BE, Shaw A, Lachowsky NJ. Programmes et interventions favorisant l'équité en santé dans les populations LGBTQ2+ au Canada par des mesures sur les déterminants sociaux de la santé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(12):431-435. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.12.04f>
48. Agence de la santé publique du Canada. Fonds d'innovation pour la promotion de la santé mentale [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 6 avr. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/occasions-financement/fonds-innovation-promotion-sante-mentale.html>
49. Meyer IH. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychol Sex Orientat Gen Divers.* 2015;2(3):209-213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>

50. Helminen EC, Ducar DM, Scheer JR, Parke KL, Morton ML, Felver JC. Self-compassion, minority stress, and mental health in sexual and gender minority populations: a meta-analysis and systematic review. *Clin Psychol (New York)*. 2023;30(1):26-39. <https://doi.org/10.1037/cps0000104>
51. Jaffray B. Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d'une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018. *Juristat*. 2020;40(1):1-27. [Statistique Canada, n° au catalogue : 85-002-X]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00009-fra.htm>
52. Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay JM, Hawkins BW, Fehr CP. Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Res*. 2018;55(4-5):435-56. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
53. 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>
54. Perales F. The costs of being “different”: sexual identity and subjective wellbeing over the life course. *Soc Indic Res*. 2016;127:827-49. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0974-x>
55. Rice CE, Fish JN, Russell ST, Lanza ST. Sexual minority-related discrimination across the life course: findings from a national sample of adults in the United States. *J Homosex*. 2021;68(2):252-268. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1648083>
56. Choi BC, Pak AW. A catalog of biases in questionnaires. *Prev Chronic Dis*. 2005;2(1):A13.
57. Ferlatte O, Hottes TS, Trussler T, Marchand R. Disclosure of sexual orientation by gay and bisexual men in government-administered probability surveys. *LGBT Health*. 2017;4(1):68-71. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0037>
58. Sexual Minority Assessment Research Team. Best practices for asking questions about sexual orientation on surveys [Internet]. Los Angeles (CA): Williams Institute; 2009. En ligne à : <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Best-Practices-SO-Surveys-Nov-2009.pdf>
59. Statistique Canada. Classification du genre [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [modification le 21 nov. 2021; consultation le 25 mai 2023]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=1326727
60. Ecker J, Aubry T, Sylvestre J. A review of the literature on LGBTQ adults who experience homelessness. *J Homosex*. 2019;66(3):297-323. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1413277>

Recherche quantitative originale

Étude descriptive des liens entre les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances et l'itinérance au Canada

Rebecca Plouffe, M.S.P. (1,*); Rochelle White, M.S.P. (2,*); Heather Orpana, Ph. D. (1,3); Vera Grywachski, M.S.P. (1)

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

Résumé

Introduction. L'objectif de cette analyse est de décrire les caractéristiques démographiques du patient, le contexte, les caractéristiques et les conséquences de l'intoxication liée à la consommation de substances ainsi que les troubles de santé mentale consignés chez les personnes ayant un logement et chez celles en situation d'itinérance.

Méthodologie. Les données sur l'hospitalisation au Canada (à l'exclusion du Québec) du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 ont été extraites de la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à l'aide des codes de la CIM-10-CA pour jusqu'à 25 diagnostics d'intoxication liée à la consommation de substances, l'itinérance et d'autres caractéristiques ayant trait à l'hospitalisation du patient. À l'aide du test du khi carré, de tests *t* et de la méthode exacte de Fisher, nous avons comparé les caractéristiques des personnes en situation d'itinérance à celles des personnes ayant un logement ainsi que les caractéristiques de leur hospitalisation pour intoxication liée à la consommation de substances.

Résultats. La proportion d'hommes, de jeunes et de personnes ayant des troubles de santé mentale consignés était plus forte chez les personnes en situation d'itinérance hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances que chez leurs homologues ayant un logement. Les intoxications liées à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance étaient plus susceptibles d'être accidentelles, d'être causées par des opioïdes et des stimulants (le plus souvent le fentanyl et ses analogues ainsi que l'héroïne), d'entraîner une hospitalisation plus longue et de se conclure par un départ de l'hôpital contre l'avis du médecin.

Conclusion. Ces résultats sont utilisables pour renforcer les stratégies et les interventions visant à réduire les méfaits liés à la consommation de substances dans les populations prioritaires, en particulier les personnes en situation d'itinérance.

Mots-clés : opioïdes, surdose, fentanyl, logement, trouble de santé mentale, hospitalisation

Introduction

Le Canada est toujours aux prises avec une crise de surdoses, et la morbidité et la mortalité liées à la consommation de substances ont augmenté considérablement

depuis 2016¹. Entre janvier 2016 et décembre 2020, il y a eu 24 671 hospitalisations pour intoxication aux opioïdes et 11 176 hospitalisations pour intoxication aux stimulants au Canada (à l'exclusion du Québec)¹. Bien que la plupart des régions du pays

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



Points saillants

- Les personnes sans abri étaient largement surreprésentées parmi les personnes hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances.
- Au cours de l'année financière 2019-2020, les personnes en situation d'itinérance qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances ont passé, en moyenne, environ quatre jours de plus à l'hôpital que les personnes ayant un logement.
- Près du quart (23 %) des hospitalisations de personnes en situation d'itinérance se sont conclues par le départ du patient contre l'avis du médecin, comparativement à 8 % des hospitalisations de personnes ayant un logement.
- Il serait important d'effectuer des études pour aider les hôpitaux à trouver des façons de retenir et de traiter cette population à risque.
- La recherche peut également être utile pour d'autres activités de prévention et de réduction des méfaits.

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

2. Analyse du dépistage du cancer, Instituts cliniques et programmes de qualité, Santé Ontario, Toronto (Ontario), Canada

3. École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

* Coauteurs principales.

Correspondance : Rebecca Plouffe, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 437-326-9306; courriel : rebecca.plouffe@phac-aspc.gc.ca

aient été touchées, la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario connaissent toujours le plus grand nombre d'hospitalisations pour intoxication aux opioïdes et aux stimulants¹. Certaines sous-populations semblent être touchées de façon disproportionnée par la crise des surdoses, notamment les personnes en situation d'itinérance ou d'insécurité en matière de logement².

Le taux de consommation de substances est disproportionnellement élevé chez les personnes en situation d'itinérance, et celles-ci présentent un risque plus élevé de méfaits liés à la consommation de substances par rapport aux personnes ayant un logement³⁻⁷. Les personnes sans abri sont également plus susceptibles que les personnes ayant un logement de recevoir un diagnostic de trouble de santé mentale, de rester hospitalisées plus longtemps et d'être réadmisées dans les 30 jours suivant leur sortie⁴⁻⁹.

En moyenne, au moins 235 000 personnes chaque année, et au moins 35 000 chaque nuit, sont en situation d'itinérance au Canada². À l'échelle du pays, 50 000 personnes de plus pourraient être en situation d'itinérance cachée chaque nuit, c'est-à-dire qu'elles séjournent temporairement chez des amis, des parents ou d'autres personnes parce qu'elles n'ont aucune autre option de logement et aucune perspective immédiate de logement permanent². Le nombre de personnes en situation d'itinérance au Canada est très difficile à estimer, mais on pense qu'il est en hausse, sans doute en raison des pertes d'emploi et des expulsions pendant et depuis la pandémie de COVID-19^{2,10,11}.

L'objectif de cette analyse est de comparer le profil des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances au Canada (à l'exclusion du Québec) chez les personnes ayant un logement et chez les personnes en situation d'itinérance, à l'aide de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et ce, pendant l'année pré-pandémique du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020. Cette étude explore également les tendances en fonction des caractéristiques démographiques des patients (sexe et âge), du contexte de l'intoxication (substances en cause et intention derrière l'intoxication), des caractéristiques et des résultats de l'hospitalisation (durée du

séjour, admission dans une unité de soins intensifs et statut à la sortie) ainsi que des troubles de santé mentale consignés.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude comparant, à partir de cette source de données, les caractéristiques des personnes en situation d'itinérance et celle des personnes ayant un logement qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances au Canada. Les résultats de cette étude sont utilisables pour mieux comprendre la façon dont l'itinérance, la santé mentale et les méfaits liés à la consommation de substances se recoupent, ainsi que les expériences différentes que les sans-abri ont des soins hospitaliers.

Méthodologie

Source des données

Nos données sont tirées de la BDCP, qui consigne les dossiers de congé des patients après une hospitalisation de courte durée au Canada, à l'exclusion du Québec. En 2019-2020, les données de la BDCP recouvraient l'ensemble des hospitalisations dans une unité de soins de courte durée, sauf pour les établissements n'ayant pas soumis de données pendant six périodes (nombre total estimé de 1 100 résumés manquants)¹². Les données sont présentées pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020. Les codes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision, Canada* (CIM-10-CA) ont été utilisés pour saisir jusqu'à 25 diagnostics à partir des données d'hospitalisation du patient.

Détermination de l'échantillon d'étude

La méthode utilisée pour recenser les intoxications liées à la consommation de substances a été adaptée à partir de méthodes de l'ICIS existantes^{13,14}. Le personnel formé à la codification a examiné les dossiers médicaux et attribué des codes de la CIM-10-CA spécifiques à chaque substance conformément aux directives de codification de l'ICIS^{13,15}. Les intoxications liées à la consommation de substances sont consignées dans le dossier d'un patient en fonction des analyses toxicologiques, de l'autodéclaration ou de la réponse au traitement reçu (par exemple, inversion des effets d'une intoxication aux opioïdes après l'administration de naloxone). Les intoxications ont été incluses pour

notre étude si elles étaient dues aux substances suivantes : opioïdes (T40.0, T40.1, T40.2, T40.20 à T40.23, T40.28, T40.3, T40.4, T40.40, T40.41, T40.48, T40.6), stimulants (T40.5, T43.6), cannabis (T40.7), hallucinogènes (T40.8, T40.9), alcool (T51), autres déprimeurs (T42.3, T42.4, T42.6, T42.7) et médicaments psychotropes (T43.8, T43.9).

Cette analyse a été limitée aux intoxications significatives, c'est-à-dire aux cas où l'intoxication a influencé la durée de l'hospitalisation du patient et le traitement qu'il a reçu. Les diagnostics secondaires et les diagnostics non confirmés ou potentiels ont donc été exclus.

Autres variables

Itinérance

Toute mention du code Z59.0 de la CIM-10-CA dans un résumé de congé d'un patient a été utilisée pour consigner les cas confirmés ou non confirmés et soupçonnés d'itinérance. L'itinérance au moment de l'admission à l'hôpital doit obligatoirement être codée lorsqu'elle a été consignée par le médecin ou notée lors de l'examen systématique du dossier médical.

Intention derrière l'intoxication

L'intention derrière l'intoxication a été déterminée conformément aux normes de codification de l'ICIS, où les codificateurs attribuent un code CIM-10-CA de cause externe indiquant si l'intoxication a été accidentelle (X41, X42, X45), intentionnelle (X61, X62, X65) ou indéterminée (Y11, Y12, Y15). Les diagnostics confirmés et soupçonnés ont été inclus dans l'analyse de l'intention. Les dossiers dans lesquels il manquait un code de cause externe associé à une ou plusieurs intoxications ont été exclus des analyses de l'intention.

Troubles de santé mentale consignés

Conformément à la méthodologie de l'ICIS, les troubles de santé mentale consignés ont été recensés sur la base de tout diagnostic pertinent de la CIM-10-CA consigné dans le résumé de congé du patient pendant son séjour pour intoxication liée à la consommation de substances^{15,16}. Il est obligatoire de consigner le diagnostic d'un trouble de santé mentale si le fait que le patient présente ce trouble a une incidence importante sur le traitement qu'il reçoit, nécessite un traitement allant au-delà du maintien de l'état préexistant ou augmente la durée du séjour à l'hôpital d'au moins 24 heures.

Tous les codes de la CIM-10-CA pour un trouble de santé mentale figurant dans le résumé de congé du patient ont été saisis, qu'il s'agisse de diagnostic confirmé ou soupçonné. Les troubles suivants ont été inclus : troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance (F10 à F19, F55, F63.0), schizophrénie et autres troubles psychotiques (F20 à F25, F28, F29), troubles de l'humeur (F30 à F34, F38, F39, F53.0, F53.1), troubles d'anxiété (F40, F41, F93.0 à F93.2, F94.0), certains troubles de la personnalité et du comportement (F60 à F62, F68 [sauf F68.1], F69) et autres troubles de santé mentale (F42 à F45, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50 à F52, F53.8, F53.9, F54, F59, F63 [sauf F63.0], F68.1, F90 à F92, F93.3, F93.8, F93.9, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95, F98.0, F98.1 à F98.5, F98.8, F98.9, F99, O99.3). Parmi les « autres troubles de santé mentale » couverts par ces codes de la CIM-10-CA, mentionnons les troubles hypocondriaques, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil non organiques, les troubles des conduites et l'état de stress post-traumatique.

Durée du séjour à l'hôpital et statut à la sortie

La durée totale du séjour à l'hôpital a été calculée comme étant la somme du nombre de jours pendant lesquels un patient a été hospitalisé en unité de soins de courte durée et de ceux pendant lesquels il a reçu d'autres types de soins. La durée d'hospitalisation en soins de courte durée correspond à une situation où un patient reçoit le traitement nécessaire pour une maladie ou un épisode de maladie grave pendant une courte période et les autres types de soins correspondent à une période où un patient occupe un lit, mais n'a pas besoin de l'ampleur des services fournis dans ce milieu de soins.

Le statut à la sortie fait référence au statut du patient à sa sortie de l'hôpital ou à l'endroit où ce dernier est dirigé après sa sortie, cette information étant obtenue à partir du dossier d'hospitalisation du patient.

Analyses

Nous avons effectué des analyses descriptives des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance ainsi que chez les personnes ayant un logement (afin d'avoir une catégorie de référence). Pour calculer le pourcentage d'hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances associées

à un trouble de santé mentale consigné en particulier, la population totale à l'étude a été utilisée comme dénominateur, ce qui fait que les pourcentages peuvent dépasser 100 % lorsqu'ils sont additionnés en raison d'intoxications à plusieurs substances et de diagnostics de troubles de santé mentale multiples. Les effectifs de moins de cinq par catégorie désagrégée ont été supprimés conformément à la politique de respect de la vie privée de l'ICIS¹⁷.

Nous avons utilisé le test du khi carré de Pearson pour établir les associations significatives entre le statut résidentiel et les variables nominales, et la méthode exacte de Fisher lorsque les effectifs attendus pour une cellule étaient inférieurs à cinq. Le test *t* de Satterthwaite a, quant à lui, été utilisé pour analyser les différences en fonction du statut résidentiel pour les variables continues.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du progiciel de statistiques SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Entre avril 2019 et mars 2020, il y a eu 10 659 hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances au Canada (à l'exclusion du Québec). Environ 6 % (623) de ces cas concernaient des personnes en situation d'itinérance.

Caractéristiques démographiques des patients

Parmi les personnes hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances, une plus grande proportion d'hommes (71 %) que de femmes (29 %) étaient en situation d'itinérance, mais un peu plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %) avaient un logement (tableau 1). Parmi les personnes hospitalisées pour une intoxication de ce type, l'âge moyen des personnes en situation d'itinérance était inférieur à l'âge moyen de leurs homologues ayant un logement (39,2 ans contre 42,5 ans; $p < 0,001$) (figure 1).

Caractéristiques de l'hospitalisation et de la sortie d'hôpital

Les personnes sans abri sont restées à l'hôpital significativement plus longtemps pour une intoxication liée à la consommation de substances que celles ayant un logement (11,0 jours contre 6,6; $p < 0,05$)

(tableau 2). La proportion de personnes hospitalisées admises aux soins intensifs ne différait pas entre les deux groupes de population, mais les personnes en situation d'itinérance ont eu une durée moyenne de séjour plus longue pour d'autres types de soins que celles ayant un logement (3,7 jours contre 0,8; $p < 0,05$). De plus, 8 % des personnes ayant un logement et 23 % de celles sans abri ($p < 0,001$) ont quitté l'hôpital contre l'avis du médecin. Il n'y avait aucune différence entre les deux groupes de population dans la proportion de personnes décédées pendant leur hospitalisation pour intoxication liée à la consommation de substances.

La majorité (68 %) des personnes ayant un logement qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances ont été renvoyées chez elles à leur sortie de l'hôpital. En comparaison, 49 % des personnes hospitalisées qui étaient en situation d'itinérance au moment de leur admission et qui ont refusé un hébergement à leur sortie ont été « renvoyées chez elles », ce qui laisse entendre que ce résultat doit être interprété avec prudence.

Substances en cause dans l'hospitalisation pour intoxication

Les opioïdes ont été le type de substance le plus fréquemment en cause dans les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances (tableau 3), mais dans une plus grande proportion chez les personnes en situation d'itinérance (61 %) que chez les personnes ayant un logement (40 %; $p < 0,001$). Les stimulants, comme la cocaïne et la méthamphétamine, ont également été en cause dans une plus grande proportion d'hospitalisations chez les personnes sans abri (29 %) par rapport aux personnes ayant un logement (19 %; $p < 0,001$). En revanche, d'autres dépresseurs, comme les benzodiazépines et d'autres sédatifs, ont été plus fréquemment en cause dans les hospitalisations de personnes ayant un logement (39 %) par rapport aux personnes en situation d'itinérance (19 %; $p < 0,001$).

Lorsqu'un opioïde était en cause dans une hospitalisation pour intoxication, le fentanyl et ses analogues étaient plus fréquents chez les personnes en situation d'itinérance que chez celles ayant un logement (34 % contre 20 %; $p < 0,001$), et de même pour l'héroïne (15 % contre 7 %;

TABLEAU 1

Caractéristiques démographiques des patients hospitalisés pour une intoxication liée à la consommation de substances, selon leur statut résidentiel (personnes en situation d'itinérance et personnes ayant un logement), Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Caractéristiques démographiques	Personnes en situation d'itinérance % (n)	Personnes ayant un logement % (n)	Statistique <i>t</i> (ddl)	Statistique χ^2 (ddl)
Sexe (% et n)**				132,8 (1)
Femmes	29 (182)	53 (5316)	–	–
Hommes	71 (441)	47 (4715)	–	–
Âge moyen, en années**	39,2	42,5	5,88 (803,49)	–
Âge médian, en années	37	40	–	–

Abréviations : χ^2 , khi carré; ddl, degrés de liberté.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

$p < 0,001$). En revanche, l'oxycodone, la codéine et l'hydromorphone étaient significativement plus prévalentes dans les hospitalisations de personnes ayant un logement.

Il n'y avait pas de différence selon le statut résidentiel dans le pourcentage d'hospitalisations pour intoxication dans lesquelles une, deux ou trois substances ou plus étaient en cause.

Intention derrière l'intoxication

Une proportion plus élevée d'hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances ont été consignées comme étant de nature accidentelle chez les personnes sans abri par rapport aux personnes ayant un logement (62 % contre 45 %; $p < 0,001$) (tableau 4). La proportion d'hospitalisations consignées comme relevant d'un geste intentionnel était plus

grande chez les personnes ayant un logement (46 % contre 26 % pour les personnes en situation d'itinérance; $p < 0,001$). Cette tendance a également été observée chez les femmes et les hommes séparément, l'ampleur des différences étant toutefois variable.

Troubles de santé mentale consignés

Des troubles de santé mentale ont été consignés pendant l'hospitalisation pour

FIGURE 1
Groupes d'âge des patients hospitalisés pour intoxication liée à la consommation de substances, selon le statut résidentiel (personnes en situation d'itinérance et personnes ayant un logement), Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

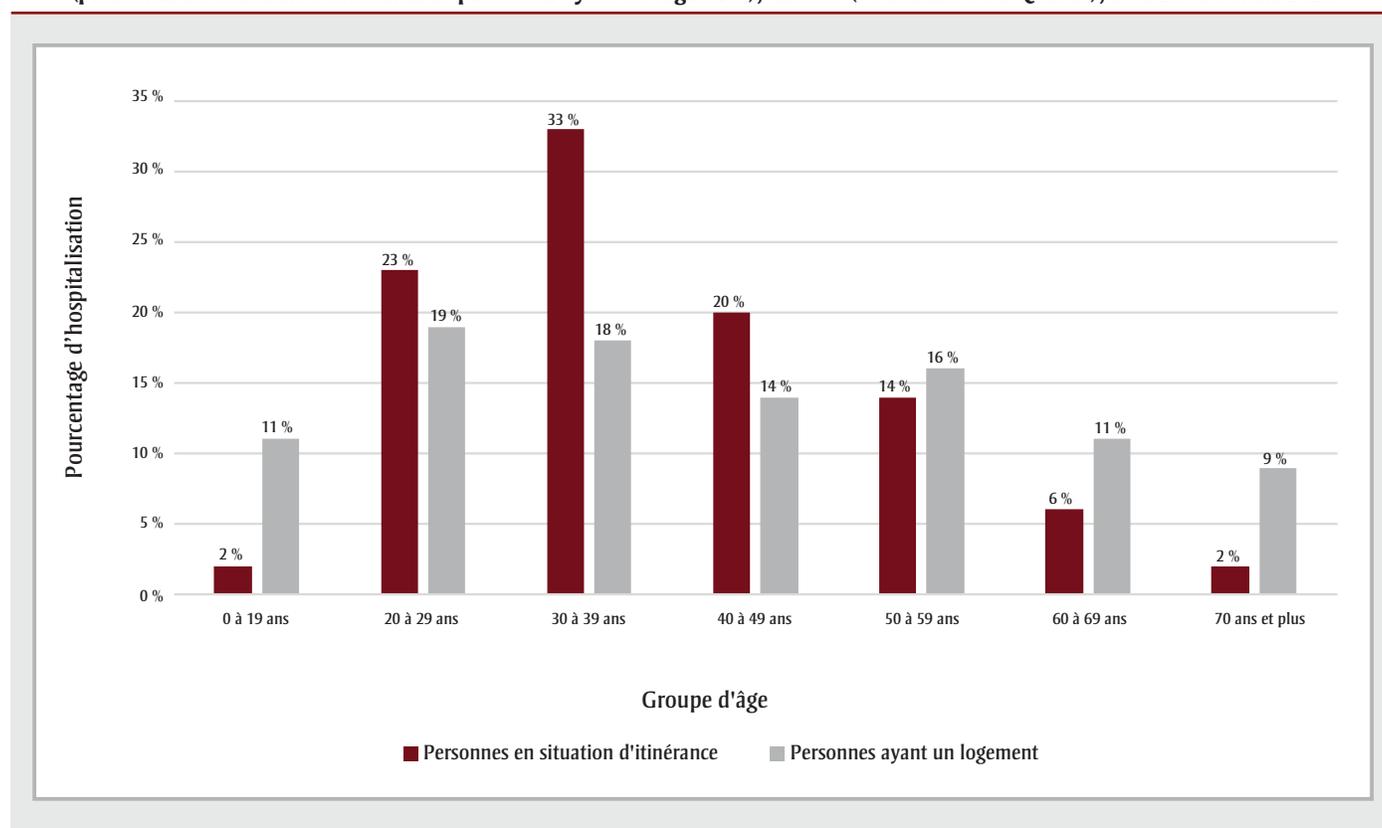


TABLEAU 2

Caractéristiques de l'hospitalisation et de la sortie d'hôpital en cas d'intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Caractéristiques de l'hospitalisation et de la sortie d'hôpital	Personnes en situation d'itinérance	Personnes ayant un logement	Statistique <i>t</i> (<i>ddl</i>)	Statistique χ^2 (<i>ddl</i>)
Durée moyenne du séjour (ÉT), jours				–
Soins de courte durée à l'hôpital*	7,3 (13,9)	5,8 (12,3)	–2,58 (683,31)	
Autre type de soins*	3,7 (35,7)	0,8 (9,0)	–2,05 (626,94)	
Durée totale du séjour*	11,0 (40,7)	6,6 (17,5)	–2,68 (636,32)	
Admission aux soins intensifs, en %	38	36	–	0,7 (1)
Statut à la sortie, en % (n)				
Renvoi à domicile**	49 (306)	68 (6 829)	11,0 (40,7)	95,0 (1)
Transfert ^b	24 (149)	21 (2 069)	7,3 (13,9)	3,9 (1)
Sortie contre l'avis du médecin, absence ou non-retour après congé temporaire**	23 (142)	8 (786)	3,7 (35,7)	165,2 (1)
Décès à l'hôpital	4 (26)	4 (352)		0,8 (1)

Abréviations : χ^2 , khi carré; *ddl*, degrés de liberté; ÉT, écart-type.

* Comprend les congés de l'hôpital accordés aux personnes en situation d'itinérance à leur admission qui refusent un hébergement à leur sortie de l'hôpital. À interpréter avec prudence.

^b Comprend les transferts vers des refuges ou des logements avec services de soutien ou de transition.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

intoxication liée à la consommation de substances dans une plus grande proportion chez les personnes en situation d'itinérance par rapport aux personnes ayant un logement (61 % contre 52 %; $p < 0,001$) (tableau 5). Les troubles de santé mentale les plus souvent consignés pour ces deux populations étaient les troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance, bien qu'une proportion significativement plus élevée de personnes sans abri que de personnes ayant un logement aient reçu ce diagnostic (51 % contre 25 %; $p < 0,001$). Des troubles de l'humeur (21 % contre 11 %; $p < 0,001$) et des troubles d'anxiété (9 % contre 3 %; $p < 0,001$) ont été consignés dans une proportion plus élevée chez les personnes ayant un logement qui ont été hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances par rapport à leurs homologues en situation d'itinérance.

La stratification selon le sexe a révélé des différences importantes dans la répartition des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances associées à divers troubles mentaux. Il était significativement plus probable que des troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance (48 % contre 21 %; $p < 0,001$) ou des troubles schizophréniques et d'autres troubles psychotiques (5 % contre 2 %; $p < 0,05$) soient consignés chez les femmes en situation

d'itinérance par rapport à leurs homologues ayant un logement. À l'inverse, il était significativement plus probable que des troubles de l'humeur (26 % contre 15 %; $p < 0,001$) et des troubles d'anxiété (11 % contre 6 %; $p < 0,05$) soient consignés chez les femmes ayant un logement par rapport aux femmes sans abri.

Une tendance semblable a été observée chez les hommes, la différence la plus importante entre les deux groupes ayant été relevée dans les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances et à la dépendance : parmi les hommes en situation d'itinérance, 53 % ont reçu ce diagnostic, comparativement à 29 % des hommes ayant un logement ($p < 0,001$). Il était plus probable que des troubles de l'humeur (15 % contre 9 %; $p < 0,001$) et des troubles d'anxiété (6 % contre 2 %; $p < 0,001$) soient consignés et moins probable que certains troubles de la personnalité et du comportement (3 % contre 6 %; $p < 0,001$) soient consignés chez les hommes ayant un logement par rapport aux hommes sans abri.

Analyse

Dans les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances, les hommes et les jeunes adultes étaient surreprésentés parmi les personnes en situation d'itinérance par rapport à la population

ayant un logement. Des études antérieures ont fait état d'une proportion plus élevée d'itinérance chez les hommes que chez les femmes^{2,18}. Cependant, des données récentes laissent entendre que beaucoup plus de femmes que d'hommes pourraient être en situation d'itinérance cachée, ce qui entraînerait une classification erronée de la situation des femmes en matière de logement¹⁹. L'âge moyen inférieur des personnes en situation d'itinérance hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances que nous avons observé dans cette étude reflète probablement un âge plus jeune des personnes sans abri².

Nous avons constaté qu'une proportion plus élevée des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances parmi les personnes en situation d'itinérance étaient consignées comme étant de nature accidentelle plutôt que relevant d'un geste intentionnel, et que les opioïdes et les stimulants, notamment le fentanyl et ses analogues ainsi que l'héroïne, étaient le plus souvent en cause dans les intoxications menant à une hospitalisation. Le fait qu'une grande proportion de ces intoxications sont accidentelles est probablement attribuable à l'augmentation de la quantité de fentanyl et de ses analogues dans l'approvisionnement en drogues illicites (non réglementées). Ces substances ont une puissance élevée et

TABEAU 3
Substances en cause dans les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

	Personnes en situation d'itinérance % (n)	Personnes ayant un logement % (n)	Statistique χ^2 (ddl)
Substance en cause			
Opioïde**	61 (377)	40 (4 056)	97,6 (1)
Stimulant du SNC**	29 (182)	19 (1 953)	34,8 (1)
Autre dépresseur du SNC**	19 (118)	39 (3 897)	98,8 (1)
Alcool*	18 (114)	23 (2 300)	7,1 (1)
Cannabis*	4 (24)	6 (594)	4,6 (1)
Hallucinogène	- ^a	< 1 (35)	-
Autre psychotrope ou non spécifique	- ^a	1 (67)	-
Opioïde en cause			
Fentanyl et analogues**	34 (130)	20 (792)	46,8 (1)
Héroïne**	15 (57)	7 (272)	35,5 (1)
Méthadone	6 (22)	8 (341)	3,0 (1)
Oxycodone**	3 (13)	10 (393)	16,2 (1)
Codéine**	3 (11)	10 (424)	22,1 (1)
Hydromorphone**	2 (7)	10 (393)	25,8 (1)
Tramadol	- ^a	3 (115)	-
Morphine	- ^a	7 (284)	-
Opium ^b	0 (0)	< 1 (8)	-
Autre/non précisé*	41 (154)	35 (1 415)	5,4 (1)
Nombre de substances en cause			
1	74 (463)	77 (7 702)	1,9 (1)
2	20 (126)	19 (1 870)	1,0 (1)
≥3	5 (34)	5 (464)	0,9 (1)

Abbreviations : χ^2 , khi carré; *ddl*, degrés de liberté; SNC, système nerveux central.

^a Les données sont supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon (conformément à la politique de respect de la vie privée de l'Institut canadien d'information sur la santé¹⁷).

^b La méthode exacte de Fisher a été utilisée lorsque les effectifs pour une cellule étaient inférieurs à 5.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

sont de plus en plus mélangées à d'autres substances contrôlées²⁰⁻²². Les personnes hospitalisées ne savaient peut-être pas que la substance consommée contenait également du fentanyl ou ses analogues, elles avaient peut-être mélangé des substances pour atténuer les symptômes de sevrage ou pour amplifier leur expérience²³ ou encore la dose était peut-être plus élevée que prévu et a entraîné une intoxication accidentelle.

La durée d'hospitalisation pour intoxication liée à la consommation de substances était plus longue chez les personnes en situation d'itinérance que chez les personnes ayant un logement, soit en moyenne respectivement 11 et 6,6 jours. Ce résultat peut s'expliquer par les taux accrus de

maladies infectieuses, de maladies chroniques et de problèmes de santé physique à long terme qui prévalent chez les personnes sans abri^{24,25}, ainsi que par le taux accru de troubles de santé mentale, comme nous l'avons relevé dans notre étude. Il est également possible que les personnes hospitalisées aient reçu un traitement pour des états comorbides, ce qui a pu prolonger la durée du séjour. De plus, il est possible que la durée de séjour pour d'autres types de soins ait été différente entre les deux populations car les hôpitaux n'ont peut-être pas d'options pour le congé des patients en situation d'itinérance.

Enfin, les personnes sans abri étaient plus susceptibles que celles ayant un logement de quitter l'hôpital contre l'avis du médecin

ou avant que leur sortie ait été officiellement autorisée par un professionnel de la santé. Cette constatation concorde avec les résultats d'études antérieures ayant relevé que les personnes quittant l'hôpital contre l'avis d'un médecin sont plus susceptibles d'être jeunes, de sexe masculin et en situation d'itinérance^{26,27}. Choi et ses collaborateurs²⁶ ont relevé que les personnes quittant l'hôpital contre l'avis du médecin présentaient un taux accru de réadmission dans les 14 jours suivants et de décès dans les 12 mois suivants. Ce constat particulier a d'importantes répercussions pour les milieux de soins cliniques qui cherchent des moyens de réduire le nombre de patients qui quittent l'hôpital contre l'avis des médecins et ainsi de réduire les préjudices, les décès et

TABEAU 4
Intention derrière l'intoxication liée à la consommation de substances dans les hospitalisations chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Intention ^a	Hospitalisations chez les personnes en situation d'itinérance % (n)	Hospitalisations chez les personnes ayant un logement % (n)	Statistique χ^2 (ddl)
Total			
Accidentelle**	62 (382)	45 (4519)	62,5 (1)
Geste intentionnel**	26 (162)	46 (4551)	90,2 (1)
Non déterminée*	12 (76)	10 (949)	5,0 (1)
Femmes			
Accidentelle**	54 (97)	38 (1986)	18,6 (1)
Geste intentionnel**	37 (67)	56 (2928)	24,6 (1)
Non déterminée	10 (18)	8 (398)	1,4 (1)
Hommes			
Accidentelle**	65 (285)	54 (2532)	19,8 (1)
Geste intentionnel**	22 (95)	35 (1620)	29,9 (1)
Non déterminée	13 (58)	12 (550)	0,9 (1)

Abréviations : χ^2 , khi carré; *ddl*, degrés de liberté.

^a Les intoxications ont été classées comme accidentelles sauf si d'autres intentions avaient été clairement consignées, ce qui a pu entraîner une surreprésentation des intoxications accidentelles.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

les coûts connexes et d'accroître la satisfaction à l'égard des soins de santé.

Points forts et limites

À notre connaissance, cette analyse est la première à porter sur les caractéristiques des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance au Canada. La BDCP comprend les données sur les sorties des patients des établissements de soins de courte durée de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception du Québec, et offre donc une couverture étendue de la population visée par l'étude.

Celle-ci comporte toutefois des limites. Premièrement, cette analyse ne portait que sur les hospitalisations de courte durée, et le profil des intoxications liées à la consommation de substances est variable selon les milieux de soins de santé. Par exemple, les intoxications moins graves sont susceptibles d'être traitées par les services médicaux d'urgence ou au service des urgences, ce qui fait que de ne pas inclure ces milieux de soins de santé pourrait entraîner une sous-estimation de la prévalence globale des intoxications liées à la consommation de substances. Si le profil de choix de l'endroit où recevoir des soins de santé pour ces intoxications et le profil des personnes qui sont admises

à l'hôpital varient en fonction du statut résidentiel, il est possible que les résultats ne reflètent pas adéquatement les véritables différences.

De plus, les données sur les personnes décédées avant leur admission à l'hôpital n'ont pas été saisies, ce qui pourrait avoir orienté cette analyse vers des cas moins graves ou des situations où l'aide était plus facilement accessible.

L'unité d'analyse était la sortie de l'hôpital plutôt que la personne avec son épisode complet de soins. Ainsi, certaines personnes ont pu être réadmisses plusieurs fois pendant la période d'étude, ce qui aura été comptabilisé comme des hospitalisations multiples. Les personnes admises plusieurs fois peuvent avoir des caractéristiques spécifiques qui ne sont pas présentées dans notre étude.

Une autre limite est que la détermination du statut d'itinérance peut avoir été tirée de renseignements autodéclarés. Or certains patients ont pu ne pas vouloir divulguer leur itinérance ou n'ont peut-être pas pu le faire en raison d'une incapacité ou du décès, ce qui a pu entraîner une classification erronée. De même, il n'a été possible de définir le statut résidentiel que sous forme binaire, c'est-à-dire en situation d'itinérance ou non. Il faudrait dresser

un portrait plus nuancé et inclure les situations de logement instable, la mauvaise qualité de logement, le surpeuplement ou les situations antérieures d'itinérance pour bien comprendre l'impact des conditions de logement. Comme l'exigence de consigner le statut d'itinérance dans les dossiers de congé d'hôpital est relativement nouvelle, il n'a pas été possible d'effectuer une analyse des tendances.

La détermination de l'intention derrière l'intoxication reposait également sur des renseignements autodéclarés, ce qui peut introduire un biais si les patients ne veulent pas ou ne peuvent pas divulguer ces renseignements. Les intoxications ont été classées comme accidentelles sauf si d'autres intentions avaient été clairement consignées, ce qui a pu entraîner une surreprésentation des intoxications accidentelles. Il n'a pas été possible, dans toute l'analyse effectuée, de déterminer quelles intoxications étaient attribuables à des opioïdes pharmaceutiques et quelles intoxications étaient attribuables à des opioïdes illicites (ou non réglementés) ou à une combinaison des deux, ce qui nuit à la capacité d'élaborer des interventions ciblées pour réduire les méfaits associés aux substances provenant de différentes sources.

Les estimations des troubles de santé mentale consignés ne reflètent pas la prévalence

TABLEAU 5

Troubles de santé mentale consignés pendant les hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance et chez les personnes ayant un logement, Canada (à l'exclusion du Québec), avril 2019 à mars 2020

Trouble de santé mentale	Personnes en situation d'itinérance % (n)	Personnes ayant un logement % (n)	Statistique χ^2 (ddl)
Total			
Tout trouble de santé mentale**	61 (380)	52 (5196)	20,0 (1)
Troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance ^{a**}	51 (319)	25 (2509)	206,6 (1)
Troubles de l'humeur ^{b**}	11 (68)	21 (2122)	37,6 (1)
Troubles d'anxiété ^{c**}	3 (18)	9 (865)	25,4 (1)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques ^{d**}	4 (28)	2 (236)	11,2 (1)
Certains troubles de la personnalité et du comportement ^e	8 (51)	7 (694)	1,5 (1)
Autres troubles de santé mentale ^f	9 (53)	12 (1232)	7,9 (1)
Femmes			
Tout trouble de santé mentale*	64 (117)	56 (2971)	5,0 (1)
Troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance ^{a**}	48 (87)	21 (1135)	71,2 (1)
Troubles de l'humeur ^{b**}	15 (27)	26 (1392)	11,9 (1)
Troubles d'anxiété ^{c*}	6 (11)	11 (592)	4,7 (1)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques ^{d,*}	5 (9)	2 (96)	
Certains troubles de la personnalité et du comportement ^e	14 (25)	11 (565)	1,8 (1)
Autres troubles de santé mentale ^f	14 (25)	15 (814)	0,4 (1)
Hommes			
Tout trouble de santé mentale**	60 (263)	47 (2223)	25,2 (1)
Troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance ^{a**}	53 (232)	29 (1373)	103,8 (1)
Troubles de l'humeur ^{b**}	9 (41)	15 (729)	12,1 (1)
Troubles d'anxiété ^{c**}	2 (7)	6 (273)	13,9 (1)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques ^d	4 (19)	3 (140)	2,4 (1)
Certains troubles de la personnalité et du comportement ^{e**}	6 (26)	3 (128)	14,1 (1)
Autres troubles de santé mentale ^f	6 (28)	9 (417)	3,2 (1)

Abréviations : χ^2 , khi carré; *ddl*, degrés de liberté; CIM-10-CA, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième version, Canada*¹⁵.

^a Codes F10 à F19, F55 et F63.0 de la CIM-10-CA.

^b Codes F30 à F34, F38, F39, F53.0 et F53.1 de la CIM-10-CA.

^c Codes F40, F41, F93.0 à F93.2 et F94.0 de la CIM-10-CA.

^d Codes F20 à F25, F28 et F29 de la CIM-10-CA.

^e Codes F60 à F62, F68 (sauf F68.1) et F69 de la CIM-10-CA.

^f Codes F42 à F45, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50 à F52, F53.8, F53.9, F54, F59, F63 (sauf F63.0), F68.1, F90 à F92, F93.3, F93.8, F93.9, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95, F98.0, F98.1 à F98.5, F98.8, F98.9, F99 et O99.3 de la CIM-10-CA.

^g La méthode exacte de Fisher a été utilisée lorsque les effectifs pour une cellule étaient inférieurs à 5.

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

globale des troubles de santé mentale chez les personnes hospitalisées pour intoxication liée à la consommation de substances, mais plutôt la prévalence des troubles de santé mentale consignés en lien avec le séjour du patient à l'hôpital.

Enfin, les vétérans des Forces armées canadiennes sont de deux à trois fois plus susceptibles de se retrouver en situation d'itinérance que la population générale, et l'absence d'indication du statut militaire dans ces données nuit à la capacité de fournir une compréhension complète des liens entre service militaire, situation en matière de logement et intoxications liées à la consommation de substances²⁸.

Répercussions

La pandémie de COVID-19 a accentué les disparités en matière de santé, en particulier au sein des populations difficiles à atteindre^{2,4}. Il y a également eu, partout au Canada, une augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance ainsi qu'une hausse du nombre d'intoxications liées à la consommation de substances^{2,10,11}. Bien que nous ayons analysé une période antérieure à la pandémie, les résultats de notre étude pourraient être utilisés à l'appui de mesures visant à réduire les méfaits liés à la consommation de substances grâce au renforcement des infrastructures sociales et de santé publique, car les gens subissent encore les effets à long terme associés à la pandémie de COVID-19 ainsi que d'autres répercussions économiques.

Ces résultats mettent en lumière la nécessité pour les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs de mieux comprendre comment se recourent l'itinérance, la maladie mentale et les méfaits liés à la consommation de substances. Ils peuvent également donner une orientation aux intervenants de secteurs qui interagissent avec des personnes en situation de logement précaire. En particulier, nos résultats montrent comment les méfaits liés à la consommation de substances et les soins en milieu hospitalier peuvent différer pour les personnes ayant un logement par rapport aux personnes en situation d'itinérance, comme en fait foi la forte proportion d'hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances qui se sont conclues par un départ contre l'avis du médecin. Cette différence dans les soins peut être attribuable à divers facteurs, comme le fait que les

soins ne répondent pas aux besoins de cette population ou encore de la méfiance ou d'une stigmatisation. Il pourrait donc être pertinent de poursuivre les recherches afin de réduire les obstacles aux soins pour les personnes sans abri.

Conclusion

Comparativement aux personnes ayant un logement, les personnes sans logement qui sont hospitalisées pour une intoxication liée à la consommation de substances sont plus susceptibles d'être jeunes, d'être de sexe masculin et d'avoir un trouble de santé mentale consigné. Une plus grande proportion des hospitalisations pour intoxication liée à la consommation de substances chez les personnes sans logement étaient accidentelles et mettaient en cause des opioïdes et des stimulants, en particulier le fentanyl et ses analogues ainsi que l'héroïne. Enfin, l'hospitalisation des personnes sans logement due à une intoxication liée à la consommation de substances a duré plus longtemps et était plus susceptible de se conclure par un départ de l'hôpital contre l'avis du médecin.

Ces constatations soulignent l'importance d'être conscient des recoupements entre la maladie mentale, la consommation de substances et la situation en matière de logement lorsqu'on envisage des options pour lutter contre les méfaits liés à la consommation de substances. Les études futures devraient viser à déterminer comment les soins en milieu hospitalier et d'autres services sociaux peuvent optimiser le soutien afin de prévenir des méfaits supplémentaires liés à la consommation de substances.

Remerciements

Nous remercions l'Institut canadien d'information sur la santé d'avoir recueilli et fourni les données utilisées dans le cadre de cette étude, ainsi que Patrick Hunter et Nan Zhou d'Infrastructure Canada pour leur contribution et leur soutien à ce projet.

Certains éléments de cet article ont déjà été publiés par le gouvernement du Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/hospitalisations-intoxications-liees-substances-personnes-situation-itinerance.html>); nous avons obtenu la permission de les reproduire. Nous avons communiqué avec tous les principaux contributeurs, qui ont accepté cette publication.

Financement

Ces travaux de recherche n'ont reçu aucune subvention de la part d'un organisme de financement des secteurs public, commercial ou sans but lucratif.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer.

Contribution des auteurs et avis

RP : recherche, organisation des données, méthodologie, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit.

RW : recherche, organisation des données, méthodologie, analyse formelle, révisions et relectures.

HO : conception, supervision, révisions et relectures.

VG : conception, supervision, validation, révisions et relectures.

Certaines sections de cet article sont fondées en partie sur l'information et les données compilées et fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Toutefois, les analyses et les conclusions présentées ici ainsi que les opinions et les déclarations contenues dans l'article sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement la position de l'ICIS ou du gouvernement du Canada.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants#hospSection>
2. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. L'état de l'itinérance au Canada 2016 [Internet]. Toronto (Ont.) : Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016. En ligne à : <https://www.rondpointdelitinérance.ca/sites/default/files/attachments-fr/SOHC16FR.pdf>
3. Didenko E, Pankratz N. Substance use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life. *Visions J.* 2007;4(1):9-10. En ligne à : https://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/visions_housing_homelessness.pdf

4. Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz C, Krausz M. Mental health, concurrent disorders, and health care utilization in homeless women. *J Psychiatr Pract.* 2012;18(5):349-360. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000419819.60505.dc>
5. North CS, Eyrich-Garg KM, Pollio DE, Thirthalli J. A prospective study of substance use and housing stability in a homeless population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(11):1055-1062. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0144-z>
6. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ.* 2001;164(2):229-233.
7. Linden IA, Werker GR, Schutz CG, Mar MY, Krausz M, Kerry J. Regional patterns of substance use in the homeless in British Columbia. *BC Studies.* 2014/15;(184). <https://doi.org/10.14288/bcs.v0i184.184890>
8. Hwang SW, Weaver J, Aubry T, Hoch JS. Hospital costs and length of stay among homeless patients admitted to medical, surgical, and psychiatric services. *Med Care.* 2011;49(4):350-354. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318206c50d>
9. Laliberté V, Stergiopoulos V, Jacob B, Kurdyak P. Homelessness at discharge and its impact on psychiatric readmission and physician follow-up: a population-based cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;29:e21. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000052>
10. Strobel S, Burcul I, Dai JH, Ma Z, Jamani S, Hossain R. Caractérisation des personnes en situation d'itinérance et des tendances de l'itinérance d'après les données sur les visites à l'urgence au niveau de la population de l'Ontario, au Canada. *Rapports sur la santé.* 2021;32(1):14-25. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202100120002-fra>
11. Benfer EA, Vlahov D, Long MY et al. Eviction, health inequity, and the spread of COVID-19: housing policy as a primary pandemic mitigation strategy. *J Urban Health.* 2021;98(1):1-2. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00502-1>
12. Institut canadien d'information sur la santé. Documentation sur la qualité des données – base de données sur les congés des patients : information sur l'exercice courant 2019-2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2020. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/dad-data-quality-current-year-information-2019-2020-fr.pdf>
13. Institut canadien d'information sur la santé. Directives de codification des surdoses d'opioïdes [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [révision en avril 2018; consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-bulletin-fr.pdf>
14. Institut canadien d'information sur la santé. Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/sejours-a-lhopital-en-raison-de-mefaits-causes-par-lutilisation-de-substances>
15. Institut canadien d'information sur la santé. Normes canadiennes de codification pour la version 2018 de la CIM-10-CA et de la CCI [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2018. En ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/CodingStandards_v2018_FR.pdf
16. Institut canadien d'information sur la santé. Réadmission dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2023 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/readmission-dans-les-30-jours-pour-des-problemes-de-sante-mentale-ou-dutilisation-de>
17. Institut canadien d'information sur la santé. Politique de respect de la vie privée relative à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements personnels sur la santé et des données dépersonnalisées : 2010 – Mise à jour en novembre 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/privacy-policy-fr.pdf>
18. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Hum Genet.* 2012;131(6):779-7. <https://doi.org/10.1007/s00439-012-1168-0>
19. Andermann A, Mott S, Mathew CM et al. Interventions fondées sur des données probantes et pratiques exemplaires en matière de soutien apporté aux femmes en situation ou à risque d'itinérance : examen de la portée avec analyse fondée sur le sexe et l'équité. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(1):1-14. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.01f>
20. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2018;38(6):255-266. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02f>
21. Baldwin N, Gray R, Goel A, Wood E, Buxton JA, Rieb LM. Fentanyl and heroin contained in seized illicit drugs and overdose-related deaths in British Columbia, Canada: an observational analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018; 185:322-327. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.032>
22. Fischer B, Vojtila L, Rehm J. The 'fentanyl epidemic' in Canada – some cautionary observations focusing on opioid-related mortality. *Prev Med.* 2018;107:109-113. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2017.11.001>
23. Boileau-Falardeau M, Contreras G, Gariépy G, Laprise C. Tendances et motivations associées à la polyconsommation de substances : une revue rapide des données qualitatives. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2022; 42(2):53-66. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01f>
24. Ali N. Hospital emergency care & homelessness [Internet]. Toronto (Ont.) : Observatoire canadien sur le sans-abrisme; 2017 [consultation le 11 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.homelesshub.ca/blog/hospital-emergency-care-homelessness>

-
25. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
 26. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. *PloS One*. 2011;6(9):e24459. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024459>
 27. Stearns CR, Bakamjian A, Sattar S, Weintraub MR. Discharges against medical advice at a county hospital: provider perceptions and practice. *J Hosp Med*. 2017;12(1):11-17. <https://doi.org/10.1002/jhm.2672>
 28. Chase T, Clement A, Desforges S, Gupta A. Addressing veteran homelessness in Canada [Internet]. Montréal (Qué.) : Université McGill; 2023. En ligne à : https://www.mcgill.ca/maxbellschool/files/maxbellschool/ofha_veteran_homelessness_policy_brief_-_2023.pdf

Recherche originale par méthodes mixtes

Offres de perfectionnement professionnel en communication en santé publique et correspondance avec les compétences essentielles : analyse contextuelle et analyse de contenu

Melissa MacKay, Ph. D.; Devon McAlpine, B. Sc.; Heather Worte, M.S.P.; Lauren E. Grant, Ph. D.; Andrew Papadopoulos, Ph. D.; Jennifer E. McWhirter, Ph. D.

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

Résumé

Introduction. La communication est essentielle à une pratique efficace et précise en santé publique. Les offres limitées de formation formelle en communication dans le domaine de la santé rendent les programmes de perfectionnement professionnel particulièrement importants. Les compétences en communication dans le domaine de la santé publique portent sur les connaissances, les valeurs, les compétences et les comportements intégrés requis pour un bon fonctionnement des professionnels et des organisations. De nombreux pays considèrent la communication comme une compétence de base en santé publique et utilisent les compétences en communication dans la planification et le perfectionnement de la main d'œuvre.

Méthodologie. Nous avons effectué une analyse contextuelle et une analyse de contenu pour cerner les offres de perfectionnement professionnel en communication en santé publique disponibles au Canada et vérifier dans quelle mesure elles permettent l'acquisition des compétences essentielles liées à la communication. Trois cadres de compétences pertinents ont été utilisés pour évaluer à quel point les programmes de perfectionnement professionnel contribuent à l'amélioration des compétences en communication.

Résultats. Au total, 45 offres de perfectionnement professionnel ont été incluses : 16 « programmes formels » (offres de formation telles que cours, webinaires, programmes de certification) et 29 « documents et outils » (ressources telles que trousseaux d'outils, guides). Les programmes formels traitaient d'entre 25 % et 100 % des compétences en communication et les documents et outils en abordaient entre 67 % et 100 %. La lutte contre la mésinformation et la désinformation, l'utilisation des technologies actuelles et la communication avec des populations variées sont des domaines dans lesquels il faudrait améliorer le perfectionnement professionnel.

Conclusion. On constate une lacune importante dans les programmes formels de communication en santé publique au Canada, et bon nombre des documents et des outils disponibles sont désuets. Les offres de perfectionnement professionnel en communication en santé publique ne sont pas coordonnées et ne couvrent pas l'ensemble des compétences en communication, ce qui limite leur utilité pour le personnel en santé publique. Des offres de perfectionnement professionnel plus nombreuses et plus complètes sont nécessaires.

Mots-clés : *communication en santé, perfectionnement professionnel des compétences essentielles, planification des effectifs*

Rattachement des auteurs :

Département de médecine de la population, Université de Guelph, Guelph (Ontario), Canada

Correspondance : Jennifer McWhirter, 50 Stone Road East, Département de médecine de la population, Université de Guelph, Guelph (Ontario) N1G 2W1; tél. : 519-824-4120, poste 58951; courriel : j.mcwhirter@uoguelph.ca

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



Points saillants

- Il y a eu de nombreux appels à des changements concernant le personnel en santé publique au Canada.
- Nous avons procédé à une analyse contextuelle et à une analyse de contenu pour recenser les offres actuelles de perfectionnement professionnel en communication en santé publique et pour vérifier dans quelle mesure elles contribuent à l'acquisition des compétences essentielles liées à la communication en ce domaine.
- Nous avons trouvé 45 offres de perfectionnement professionnel relatives à la communication en santé publique au Canada, qui traitent des compétences essentielles de façon variable.
- La lutte contre la mésinformation et la désinformation, l'utilisation des technologies actuelles et la communication avec des populations variées sont des domaines dans lesquels une amélioration du perfectionnement professionnel est nécessaire.
- Cet instantané de la situation du perfectionnement professionnel en communication en santé publique montre que le traitement des compétences n'est ni coordonné ni exhaustif.

Introduction

En raison de l'évolution constante du domaine de la santé publique, du fait des nouvelles connaissances issues de la recherche et des pratiques et des changements technologiques, une communication efficace est essentielle, en particulier en période de crise¹. Elle est particulièrement essentielle à la conception et à la mise en œuvre d'initiatives en santé publique, ce qui a une incidence sur l'adoption des comportements de santé recommandés, en particulier chez les groupes de population ayant un accès restreint aux services².

De nombreuses voix se sont élevées pour demander l'amélioration du système canadien de santé publique, en particulier la mise à jour des compétences essentielles en santé publique et des possibilités connexes de perfectionnement professionnel^{1,3-5}, ainsi que des compétences en communication dans ce domaine^{6,7}. Les transformations de l'écosystème de l'information ont modifié les méthodes de communication et accru les possibilités de mésinformation, ce qui a miné la confiance envers l'information fournie par la santé publique^{8,9}. Ce constat est particulièrement évident dans le contexte des médias sociaux, qui constituent un outil important de transmission des messages de santé publique^{1,9}.

En l'absence d'opportunités de mise à jour et d'ajustement régulier de leurs compétences et de leurs aptitudes en communication, les professionnels de la santé publique risquent de perdre leur crédibilité et la confiance du public, ce qui aura une incidence négative sur la santé de la population canadienne¹. Le perfectionnement professionnel permet d'améliorer les compétences et les comportements existants et d'acquérir de nouvelles connaissances et attitudes afin de répondre aux demandes formulées par le personnel.

En 2008, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié le document *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0* (« compétences essentielles de l'ASPC ») à la suite de vastes consultations auprès de chercheurs et de professionnels dans le domaine de la santé publique de l'ensemble du pays¹⁰. Les 36 compétences essentielles de l'ASPC sont organisées en sept catégories, l'une d'entre elles étant la communication¹⁰. Au

moment de la rédaction de cet article, le renouvellement et la modernisation des compétences essentielles de l'ASPC étaient en cours. En raison de l'ancienneté de publication des compétences essentielles de l'ASPC actuellement en vigueur, d'autres cadres de compétences en santé publique peuvent contribuer à orienter la planification touchant le personnel canadien en santé publique.

Promotion de la santé Canada dispose d'un cadre pour les compétences en matière de promotion de la santé pour chaque discipline (les « compétences de PSC ») fondé sur les compétences essentielles de l'ASPC¹¹. Le Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice (le « Council on Linkages ») des États-Unis a défini un ensemble de compétences fondamentales pour les professionnels de la santé publique¹², qui ont été régulièrement révisées depuis leur publication en 2001. Cet ensemble de compétences fournit un cadre actualisé qui répond aux exigences modernes en matière de communication, notamment en ce qui concerne l'infodémie et la communication adaptée à la culture¹².

Il y a des ressemblances entre les trois cadres de compétences : l'adaptation de la communication à différentes clientèles, le choix des canaux de communication appropriés, la mobilisation des collectivités et l'utilisation efficace de la technologie. Il demeure qu'on ignore dans quelle mesure les compétences en communication de ces cadres sont présentes au sein des offres de perfectionnement professionnel en matière de communication en santé publique.

Des lacunes ont été relevées dans les cours de communication en santé publique offerts par les programmes de maîtrise en santé publique au Canada^{13,14}. De plus, des études sur les programmes de formation continue en ligne ont révélé que seulement environ la moitié des cours offerts en 2015 traitaient de la communication comme sujet¹⁵. Bien que plusieurs cours en ligne soient offerts aux professionnels de la santé publique au Canada, Jung et ses collaborateurs¹⁵ ont constaté que ces cours ne traitaient pas de façon exhaustive des compétences essentielles de l'ASPC, notamment dans le domaine de la communication, et qu'ils n'étaient pas non plus facilement accessibles au moyen d'une base de données centrale en ligne.

Compte tenu de l'importance de la communication dans les pratiques en santé publique et de sa place centrale dans les cadres de compétences en santé publique, il est important de comprendre quelles sont les offres et les ressources actuellement offertes et quel est leur degré d'alignement avec les cadres de compétences pertinents. Le recensement des offres de perfectionnement professionnel actuellement disponibles pour les professionnels en santé publique mettra également en relief les possibilités de renforcement des compétences et des aptitudes en communication du personnel.

Les travaux de recherche présentés ici visent donc à répertorier les offres de perfectionnement professionnel en communication en santé publique et à vérifier dans quelle mesure elles contribuent à l'amélioration des compétences essentielles en communication. Plus précisément, nos objectifs consistent à :

- utiliser une analyse contextuelle pour cerner les offres de perfectionnement professionnel actuellement offertes au Canada qui traitent de la communication en santé publique;
- effectuer une analyse de contenu pour décrire la manière dont les offres de perfectionnement professionnel recensées permettent le développement des compétences en communication recensées dans les cadres pertinents (compétences essentielles de l'ASPC, compétences de PSC et compétences du Council on Linkages).

Méthodologie

Nous avons effectué une analyse contextuelle pour dresser le portrait du perfectionnement professionnel visant à l'amélioration des compétences en communication en santé publique au sein du personnel canadien. Nos méthodes de recherche ont été orientées par des travaux de recherche antérieurs sur les compétences en santé publique et sur la formation continue^{16,17}. En suivant les étapes décrites par Bengtsson¹⁸ et Krippendorff¹⁹, nous avons analysé le contenu de toutes les offres de perfectionnement professionnel rassemblées lors de l'analyse contextuelle afin d'en caractériser la nature et de déterminer dans quelle mesure elles contribuent au perfectionnement des compétences en communication en santé publique.

Stratégie de recherche

Tout d'abord, l'équipe de recherche a effectué une recherche dans Google portant uniquement sur des adresses de sites (site:URL termes de recherche) à l'aide du terme « health communication » pour sonder l'ensemble du contenu des sites Web des organismes de santé publique qu'elle connaissait.

Nous avons ensuite effectué une recherche sur Internet à l'aide du moteur de recherche Google et des termes de recherche suivants : « health communication » [communication en santé], « public health » [santé publique], « continuing education » [formation continue], « Canada ». Nous avons ensuite utilisé les termes « health communication », « public health », « course » [cours], « Canada ». Conformément aux exemples méthodologiques et aux recommandations, nous avons vérifié les dix premières pages de résultats de chaque recherche^{17,20}. Ces deux recherches ont également été effectuées à l'aide du moteur de recherche Google personnalisé de l'Ontario Public Health Libraries Association²¹, de la base de données sur la littérature grise CABI Global Health²² et du moteur de recherche Google personnalisé mis au point par la bibliothèque de l'Université Queen's²³. D'autres ressources connues de l'équipe de recherche ont également été incluses.

Critères de recherche

Deux chercheuses (MM et JEM) ont examiné indépendamment les offres de perfectionnement professionnel afin de déterminer si elles répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion décrits ci-dessous et ont résolu toute discordance d'évaluation par la discussion. Pour qu'une offre de perfectionnement professionnel soit incluse, elle devait :

- être offerte ou accessible au cours des 12 mois précédents (les documents et les outils peuvent se trouver en ligne longtemps après leur publication initiale);
- être largement accessible et adaptée aux professionnels de la santé publique du Canada;
- être reproduite dans le cadre d'un programme à plusieurs étapes offert à différents organismes de santé publique ou permettre un accès renouvelé par l'intermédiaire de plateformes en ligne;
- être en anglais;

- être offerte au Canada ou être accessible à la population canadienne;
- être pertinente pour l'infrastructure et la gouvernance en santé publique du Canada;
- être liée à la communication en matière de santé publique.

Nous avons inclus les « programmes formels », c'est-à-dire des offres de formation telles que programmes de certification, cours, programmes d'études supérieures, ateliers d'été, webinaires et programmes d'apprentissage en ligne, ainsi que les « documents et outils », c'est-à-dire des ressources telles que guides, livres blancs, rapports de groupes d'experts, trousseaux d'outils, lignes directrices et notes de synthèse, actes de congrès, billets de blogue, fiches d'information, trousseaux d'outils et sites Web.

Nous avons exclu les webinaires, congrès ou ateliers à occurrence unique, ainsi que les offres à portée géographique limitée ou ayant lieu dans une zone géographique réduite ou un organisme relativement petit (comme un bureau de santé publique local).

Collecte des données

Une chercheuse (HW) a recueilli les données entre le 13 novembre 2022 et le 6 décembre 2022 et a enregistré leur contenu dans une feuille de calcul Excel²⁴. Les renseignements recueillis pour chaque programme formel ont été : nom, description, type (par ex. programme certifiant, webinaire), format (par ex. hybride, en ligne), clientèle cible, temps exigé, coût, établissement offrant le programme, pays offrant le programme et portée géographique, date de la dernière prestation, prestation actuelle (O/N), URL, date de la recherche et source de la recherche. Les renseignements recueillis pour les documents et outils ont été : titre, auteur, description, type (par ex. guide, trousse d'outils), clientèle cible, lieu, date, URL, date de la recherche et source de la recherche.

Analyse de contenu

Nous avons utilisé les compétences liées à la communication tirées des compétences de base de l'ASPC¹⁰, des compétences de PSC¹¹ et des compétences du Council on Linkages¹² pour évaluer dans quelle mesure les offres de perfectionnement professionnel

contribuaient à l'amélioration des compétences en communication en santé publique (tableau 1).

Trois chercheuses (MM, HW et JEM) ont créé un guide de codification décrivant les principales variables relevées pendant la collecte des données et les compétences liées à la communication tirées des trois cadres. (Ce guide de codification est disponible en ligne à : <https://osf.io/fjtdc/>.) Elles ont également enregistré des sous-catégories pour chaque compétence reflétant les clientèles, les canaux, les outils et les techniques mentionnés. Les offres de perfectionnement professionnel ont été codées selon la compétence globale et ont été également codées pour les diverses sous-catégories lorsque les clientèles, les canaux, les outils et les techniques étaient mentionnés. Le guide de codification a été validé avant la codification. Deux chercheuses (HW et MM), travaillant indépendamment, ont codé l'ensemble complet des données et en ont discuté tout au long du processus pour résoudre toute discordance d'évaluation.

Analyse statistique

Nous avons produit des statistiques descriptives (fréquences) à l'aide du logiciel Excel²⁴ afin d'évaluer la façon dont chaque offre de perfectionnement professionnel contribuait à l'amélioration des compétences en communication. Nous avons utilisé RAWGraphs²⁵ pour présenter visuellement les données.

Résultats

L'analyse contextuelle a permis de relever au total 45 offres de perfectionnement professionnel liées à la communication en santé publique : 16 (36 %) programmes formels et 29 (64 %) documents et outils. Trois des 16 programmes formels étaient accessibles et ont été analysés en entier. Les 13 autres programmes ont été analysés en fonction des données sommaires consultables (en majorité parce que l'accès était payant). Tous les documents et outils étaient accessibles et ont été analysés en entier.

Les détails au sujet des programmes formels et des documents et outils se trouvent à l'adresse <https://osf.io/fjtdc/>.

Caractéristiques des offres de perfectionnement professionnel

Un peu plus de la moitié des 16 programmes formels (n = 9; 56 %) et la plupart

TABEAU 1
Résumé des compétences en communication énoncées dans trois cadres

Nom abrégé de la compétence/cadre	Énoncé de compétence
Agence de la santé publique du Canada	
Compétences en communication	6.1 Communiquer efficacement avec des individus, des familles, des groupes, des collectivités et des collègues.
Interpréter l'information	6.2 Adapter l'information aux différentes clientèles tels les professionnels, les non-professionnels et les intervenants communautaires.
Mobiliser les individus	6.3 Mobiliser les individus et les collectivités en utilisant les médias appropriés, les ressources communautaires et les techniques de marketing social.
Technologies actuelles	6.4 Utiliser les technologies actuelles pour communiquer efficacement.
Promotion de la santé Canada	
Adapter l'information	7.1 Fournir des renseignements adaptés à des clientèles précises (p. ex. professionnels, groupes communautaires, population générale) sur l'état de santé de la population et les mesures de promotion de la santé.
Méthodes de communication	7.2 Appliquer des méthodes et des techniques de communication à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des mesures de promotion de la santé.
Utilisation des médias	7.3 Utiliser les médias, les technologies de l'information et les réseaux communautaires pour recevoir et communiquer de l'information.
Populations diverses	7.4 Communiquer avec diverses populations d'une manière adaptée à la culture.
Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice^a	
Stratégies de communication	3.1 Déterminer des stratégies de communication.
Clientèles à l'interne ou à l'externe	3.2 Communiquer avec des clientèles à l'interne et à l'externe.
Information/mésinformation/désinformation	3.3 Répondre à l'information, à la mésinformation et à la désinformation.
Faciliter la communication	3.4 Faciliter la communication entre les personnes, les groupes et les organisations.

Sources : Agence de la santé publique du Canada¹⁰; Pan-Canadian Committee on Health Promoter Competencies¹¹; Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice¹².

^a Le *Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice*¹² préconise pour les professionnels en santé publique la maîtrise de quatre compétences générales en communication. Ces compétences émergent de 23 sous-compétences. Pour une utilisation plus simple, ces sous-compétences ont été rassemblées pour former les quatre compétences générales présentées.

des 29 documents et outils (n = 26; 90 %) provenaient du Canada (tableau 2). Alors que tous les programmes formels ont été offerts au cours des 12 mois précédents (et répondaient donc à nos critères d'inclusion), seulement 1 (3 %) ensemble de documents et d'outils a été publié au cours des 12 mois précédents et seulement 6 (21 %) au cours des cinq dernières années, même s'ils étaient tous accessibles en ligne au cours des 12 mois précédents et qu'ils répondaient ainsi à nos critères d'inclusion.

Un peu plus des deux tiers des programmes formels (n = 11; 69 %) et tous les documents et outils (n = 29; 100 %) étaient offerts en ligne de façon asynchrone et 13 programmes formels (81 %) et 28 documents et outils (97 %) s'adressaient aux professionnels de la santé publique en général. Les programmes formels les plus courants étaient des cours (n = 6; 38 %), étaient axés sur la mobilisation des connaissances (n = 5; 31 %) et étaient offerts par des établissements d'enseignement (n = 4; 14 %). Les documents et outils les plus courants étaient

des ressources (n = 12; 41 %), étaient axés sur la communication générale en matière de santé (n = 10; 34 %) et étaient offerts par des organismes indépendants (n = 8; 28 %).

Les offres de perfectionnement professionnel étaient offertes par divers organismes et établissements. Les programmes formels étaient principalement offerts par des établissements universitaires (n = 6; 38 %), des établissements indépendants financés par le gouvernement (n = 3; 19 %) et des hôpitaux (n = 3; 19 %). Les documents et les outils étaient principalement offerts par des établissements indépendants financés par le gouvernement (n = 8; 28 %), des gouvernements provinciaux (n = 8; 28 %) et des établissements universitaires (n = 4; 14 %) (tableau 1 et figure 1). Aucun programme formel n'était fourni par des bureaux de santé publique, des ONG ou des gouvernements provinciaux, et très peu de documents et d'outils étaient offerts par des bureaux de santé publique ou des associations professionnelles (n = 1 chacun; 3 %) (tableau 1 et figure 1).

Compétences abordées dans le cadre des offres de perfectionnement professionnel

En général, dans l'ensemble des offres de perfectionnement professionnel (programmes formels et documents et outils combinés, voir le tableau 1), les compétences le plus souvent abordées étaient celles liées à l'adaptation de l'information (n = 44; 98 %), à l'utilisation de différentes stratégies de communication (n = 43; 96 %) et à la communication avec des clientèles à l'interne et à l'externe (n = 42; 93 %), alors que les compétences liées à la mésinformation et à la désinformation (n = 12; 27 %), aux technologies actuelles (n = 25; 56 %) et à l'utilisation des médias (n = 33; 73 %) étaient les moins souvent abordées (données non présentées). La figure 2 montre la correspondance entre offres de perfectionnement professionnel et cadres de compétences, ventilées par programmes formels (n = 16) et documents et outils (n = 29).

Correspondance avec les compétences en communication de l'ASPC

En moyenne, les programmes formels abordaient 2,25 (fourchette : 0 à 4) des

TABEAU 2
Aperçu des caractéristiques associées aux programmes formels et aux documents et outils

Caractéristiques	Programmes formels (N = 16) n (%) ^a	Documents et outils (N = 29) n (%) ^a
Pays		
Canada	9 (56)	26 (90)
États-Unis	5 (31)	3 (10)
Canada et États-Unis	2 (13)	0
Temps écoulé depuis que la possibilité est offerte ou a été élaborée, en années		
< 5	16 (100)	6 (21)
5 à 10	0	9 (31)
11 à 15	0	10 (34)
> 15	0	2 (7)
Aucune date	0	2 (7)
Mode de prestation		
En ligne asynchrone	11 (69)	29 (100)
En ligne synchrone	3 (16)	0
En personne	1 (6)	0
Hybride (en personne et en ligne)	1 (6)	0
Format		
Cours	6 (38)	0
Webinaires	5 (31)	2 (7)
Programmes certifiant	3 (19)	0
Programmes d'études supérieures	1 (6)	0
Ateliers d'été	1 (6)	0
Ressources	0	12 (41)
Trousses d'outils	0	4 (14)
Guides	0	3 (10)
Rapports de groupes d'experts	0	2 (7)
Sites Web	0	1 (3)
Lignes directrices	0	1 (3)
Fiches d'information	0	1 (3)
Actes de congrès	0	1 (3)
Notes de synthèse	0	1 (3)
Billets de blogue	0	1 (3)
Offerts par		
Milieu universitaire	6 (38)	4 (14)
Établissements indépendants (financés par le gouvernement)	3 (19)	8 (28)
Gouvernement fédéral	2 (13)	2 (7)
Hôpitaux	3 (19)	3 (10)
Associations professionnelles	2 (13)	1 (3)
Gouvernements provinciaux	0	8 (28)
Organismes non gouvernementaux	0	2 (7)
Bureaux de santé publique	0	1 (3)

Suite à la page suivante

quatre compétences de base liées à la communication de l'ASPC, alors que les documents et outils traitaient de 3,55 de ces quatre compétences (fourchette : 2 à 4) par offre de perfectionnement professionnel. La compétence de base de l'ASPC le plus souvent abordée dans les offres de perfectionnement professionnel était l'interprétation de l'information, abordée par les 29 documents et outils et les trois quarts (n = 12; 75 %) des programmes formels (tableau 3). Les compétences en communication étaient également abordées par l'ensemble des documents et outils et par près des deux tiers (n = 10; 63 %) des programmes formels. La mobilisation des individus était légèrement moins abordée, par 90 % (n = 26) des documents et outils et 50 % (n = 8) des programmes formels. La compétence la moins abordée était les technologies actuelles, par 66 % (n = 19) des documents et outils et 38 % (n = 6) des programmes formels.

Les types de clientèles visées étaient abordés moins souvent par les programmes formels que par les documents et outils (tableau 3), les collègues étant le type de clientèle dont il était le moins souvent question. Les offres de perfectionnement professionnel portaient le plus souvent sur l'interprétation de l'information pour les collectivités, les clientèles professionnelles étant les moins souvent abordées. En outre, les offres de perfectionnement professionnel ne traitaient pas adéquatement des techniques de marketing social visant à mobiliser les individus et les collectivités. Enfin, les programmes formels ne traitaient pas souvent explicitement des technologies indiquées dans les compétences, alors qu'environ la moitié des documents et outils qui abordaient cette compétence traitaient de l'utilisation des sites Web et des médias sociaux.

Correspondance avec les compétences en communication de PSC

Dans l'ensemble, les documents et outils présentaient une forte correspondance avec toutes les compétences en communication de PSC (tableau 4). L'adaptation de l'information à des clientèles précises était la compétence la plus généralement abordée par les programmes formels et les documents et outils. Le traitement des différentes méthodes de communication était variable : les médias (traditionnels et nouveaux) étaient abordés par 7 programmes

TABLEAU 2 (suite)
Aperçu des caractéristiques associées aux programmes formels et aux documents et outils

Caractéristiques	Programmes formels (N = 16) n (%) ^a	Documents et outils (N = 29) n (%) ^a
Clientèle(s) visée(s)^b		
Professionnels en santé publique	13 (81)	28 (97)
Professionnels en santé	9 (56)	16 (55)
Milieu universitaire et chercheurs	7 (44)	13 (45)
Directions de la santé publique	6 (38)	26 (90)
Thème/sujet principal		
Mobilisation des connaissances	5 (31)	3 (10)
Communication générale sur la santé	3 (19)	10 (34)
Augmentation des connaissances sur la santé	3 (19)	5 (17)
Communication sur les risques ou les crises	2 (13)	4 (14)
Utilisation de la technologie	1 (6)	3 (10)
Processus décisionnel fondé sur des données probantes	1 (6)	0
Autre	1 (6)	4 (14)
Informatique	0	0
Marketing social	0	0
Ciblage et adaptation des communications	0	0

^a Les pourcentages ayant été arrondis au nombre entier le plus proche, il est possible que la somme totale pour chaque catégorie ne soit pas de 100 %.

^b Comme plusieurs sous-catégories étaient possibles, les totaux peuvent dépasser 100 %.

formels (44 %) et 19 documents et outils (66 %), alors que les technologies de l'information l'étaient par seulement 2 programmes formels (13 %) et 10 documents et outils (34 %). La communication avec des populations variées était abordée adéquatement par les programmes formels (n = 7; 44 %) et les documents et outils (n = 27; 93 %), elle était souvent abordée exclusivement dans le contexte de l'amélioration des connaissances en santé (n = 2 programmes formels sur 7 [29 %]; n = 15 documents et outils sur 27 [52 %]).

Correspondance avec les compétences en communication du Council on Linkages

Dans l'ensemble, les documents et outils étaient le plus en correspondance avec les compétences en communication du Council on Linkages portant sur l'information accessible, sauf en ce qui concerne la lutte contre la mésinformation et la désinformation (tableau 5). Cette sous-catégorie de compétence était le moins souvent abordée par les offres de perfectionnement professionnel, car seulement 4 programmes formels (25 %) et 8 documents et outils (28 %) traitaient de la mésinformation et de la désinformation.

Bien que les trois autres compétences (stratégies de communication, clientèles à l'interne et à l'externe, faciliter la communication) aient été abordées de manière générale dans de nombreuses offres de perfectionnement professionnel, certains éléments clés étaient moins présents. Ainsi, alors que 17 documents et outils (59 %) traitaient de la communication avec la clientèle à l'interne, seulement deux programmes formels (13 %) traitaient de cet élément de compétence.

Analyse

Dans le cadre de cette étude, nous avons examiné les offres de perfectionnement professionnel en matière de communication en santé publique qui étaient accessibles ou l'avaient été au cours des 12 derniers mois, étaient en anglais et ciblaient le Canada ou la santé publique au Canada et nous avons vérifié dans quelle mesure elles correspondaient aux compétences en communication en santé publique pertinentes au Canada (ASPC et PSC) et aux États-Unis (Council on Linkages).

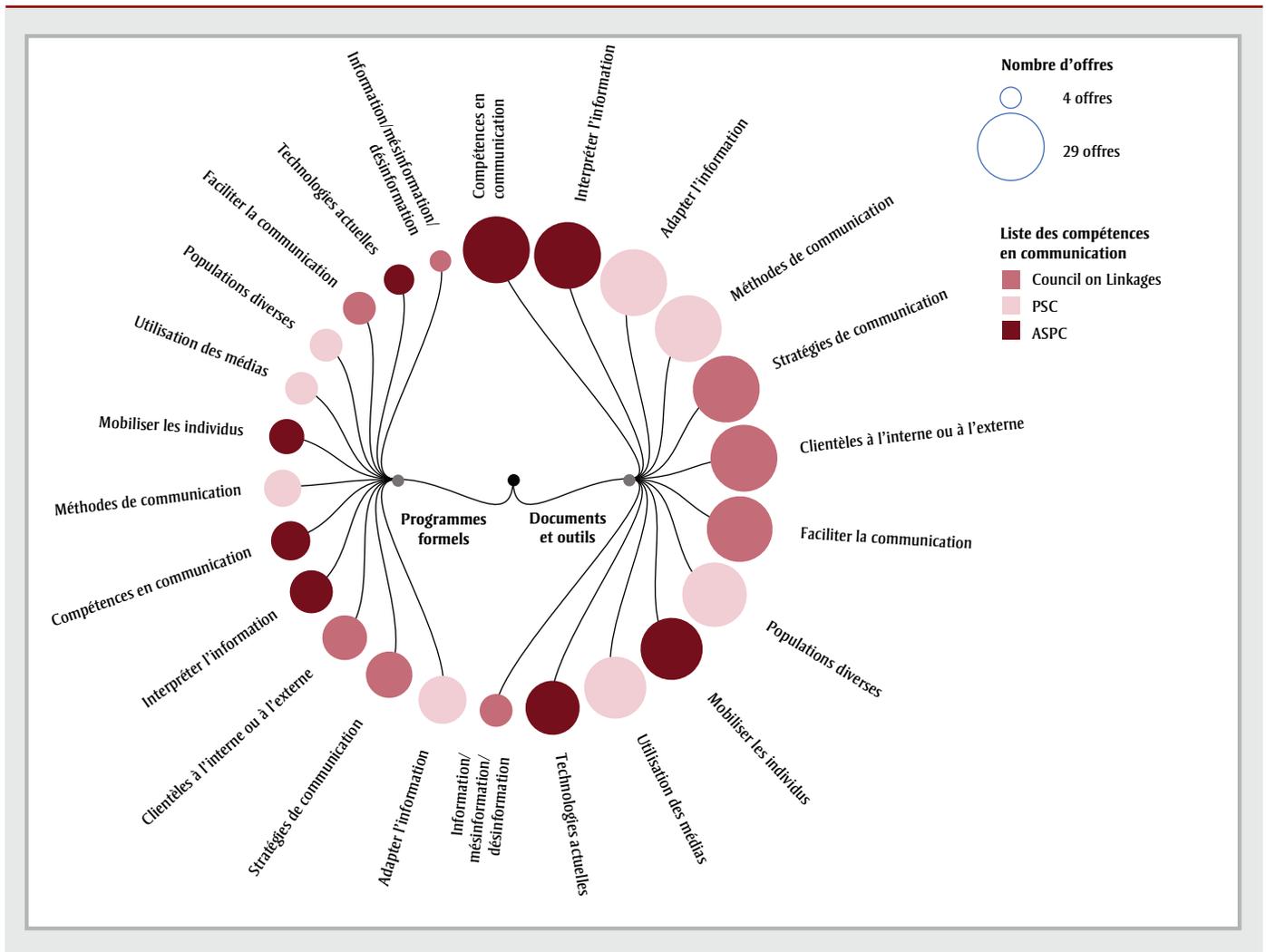
Nous avons relevé 45 offres liées à la communication en santé publique, soit 16 programmes formels (activité de formation,

que ce soit des programmes de certification, des cours ou des webinaires) et 29 documents et outils (ressources, comme des guides, des trousseaux d'outils, des rapports). Moins du quart des documents et outils ont été publiés dans les cinq dernières années. L'ancienneté de certains documents et outils peut avoir contribué aux lacunes dans les compétences liées aux technologies actuelles et à la lutte contre la mésinformation et la désinformation. Le plus souvent, les programmes formels étaient axés sur la mobilisation des connaissances alors que les documents et outils étaient axés sur la communication en matière de santé en général.

Les offres de perfectionnement professionnel n'ont pas été élaborées ou coordonnées par un organisme de réglementation mais étaient proposées par divers organismes et agences du Canada et des États-Unis. Dans l'ensemble, les programmes formels abordent moins de compétences que ne le font les documents et outils, mais ce constat peut être dû, du moins en partie, au fait que nous avons seulement pu analyser les sommaires de contenu pour la majorité des programmes formels alors que l'ensemble du contenu des documents et outils accessibles a été analysé.

Les compétences sont constituées des connaissances, des habiletés, des attitudes, des valeurs et des comportements que les professionnels et les organismes en santé publique doivent avoir intégrés afin que la pratique en santé publique soit efficace²⁶. Les organismes de santé publique peuvent tenir compte de ces compétences lorsqu'elles recrutent du personnel, évaluent le rendement au travail et déterminent les besoins en matière de perfectionnement professionnel²⁶. La formation et la formation continue du personnel constituent un élément essentiel du perfectionnement des compétences, en particulier lorsqu'il existe peu de programmes d'enseignement supérieur en communication et dans d'autres compétences, ce qui est le cas au Canada^{14,15}. L'Association canadienne de santé publique a recommandé, comme élément essentiel du renforcement du système de santé publique, que le personnel soit formé en matière de mises à jour des compétences^{1,27}. L'ASPC offrait auparavant un programme de perfectionnement professionnel en huit modules, « Compétences en ligne », qui portait directement sur les catégories de compétences de base²⁸. Les résultats de cette étude montrent que les offres de perfectionnement professionnel

FIGURE 1
Programmes formels et documents et outils par organisation hôte et mode de prestation



Abréviations : ASPC, Agence de la santé publique du Canada; Council on Linkages, Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice; PSC, Promotion de la santé Canada.

Remarques : La légende fournit deux points de référence (cercle le plus petit = 4 offres; cercle le plus grand = 29 offres) pour les cercles (correspondant au nombre d'offres) présentés dans la figure.

Programmes formels : programmes de certification, cours, programmes d'études supérieures, ateliers d'été, webinaires.

Documents et outils : actes de congrès, billets de blogue, notes de synthèse, rapports de groupes d'experts, fiches d'information, guides, trousse d'outils, sites Web, lignes directrices.

actuellement disponibles ne couvrent pas toutes les compétences de base de l'ASPC : les programmes formels abordent en moyenne 2,25 compétences par offre et les documents et outils, 3,55 compétences par offre. Aucun programme de formation complet équivalent ne permet de combler cette lacune.

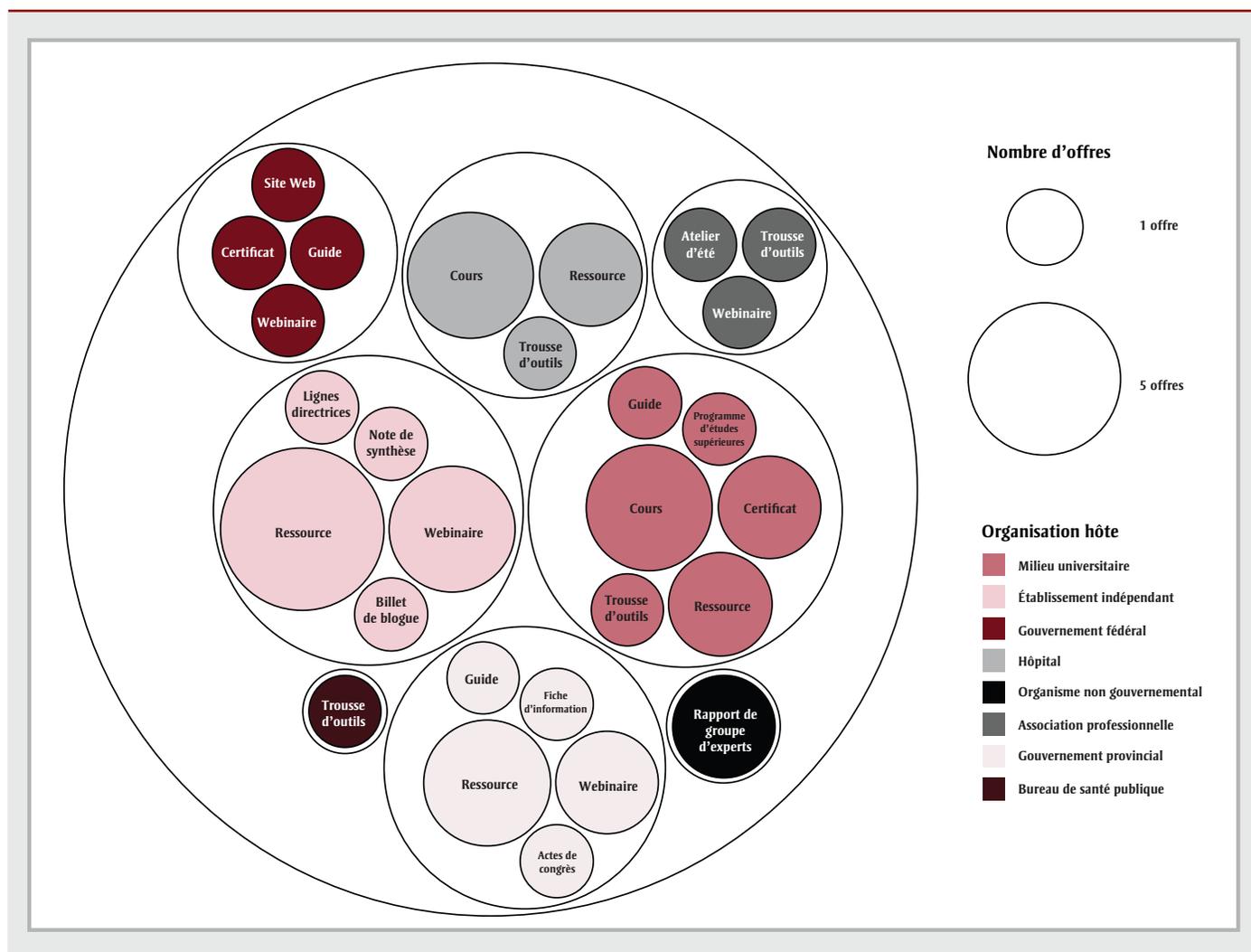
Nos travaux de recherche ayant porté explicitement sur les catégories de communication en santé publique, nous avons découvert qu'il n'existe aucun programme complet de perfectionnement professionnel dans ce domaine. Il existe une gamme de programmes offerts par de nombreux types d'organismes et d'agences, dont

certaines ne sont pas nécessairement à jour et ne répondent pas entièrement aux besoins actuels de perfectionnement des compétences en communication. Si un programme de formation fédéral complet comme « Compétences en ligne »²⁸ est apte à offrir une formation coordonnée portant sur l'ensemble des compétences essentielles (dont la communication), on ne peut pas s'attendre à ce que de petits programmes de perfectionnement professionnel soient aussi complets. De fait, les offres de perfectionnement professionnel proposées par les divers organismes et établissements étaient davantage ciblées et n'étaient pas conçues pour traiter de l'ensemble des compétences en communication.

Étudier les offres de perfectionnement professionnel dans leur ensemble permet de comprendre ce qui est offert, la façon dont ces offres contribuent au perfectionnement des compétences en communication ainsi que les possibilités d'action dans le domaine de la communication en santé publique en l'absence d'un programme de formation fédéral exhaustif fondé sur les compétences.

Comparativement aux programmes formels, les documents et outils offraient une meilleure correspondance avec les compétences essentielles liées à la communication. Toutefois, les professionnels doivent chercher eux-mêmes ces ressources et ne

FIGURE 2
Correspondance entre offres de perfectionnement professionnel (programmes formels et documents et outils combinés) et compétences en communication



Remarque : La légende fournit deux points de référence (cercle le plus petit = 1 offre; cercle le plus grand = 5 offres) pour les cercles (correspondant au nombre d'offres) présentés dans la figure.

bénéficient pas des structures d'encadrement auxquelles on peut s'attendre dans le cadre d'un cours. Les cours en ligne, le mentorat, la « formation juste-à-temps » et la formation en milieu communautaire, qu'ils soient offerts par le milieu universitaire, les gouvernements, les collectivités ou d'autres partenaires, constituent des offres de formation efficaces²⁹. Les documents et les outils de communication en santé publique sont moins susceptibles d'intégrer ces méthodes pédagogiques.

Par ailleurs, des études récentes ont révélé que moins de la moitié des programmes de maîtrise en santé publique au Canada offrent des cours axés sur la communication en matière de santé, et aucun ne se spécialise dans la communication en

matière de santé¹⁴. Comme dans le cas du perfectionnement professionnel, une approche systématique pour améliorer les compétences en communication au sein du personnel en santé publique est nécessaire, et les programmes de maîtrise en santé publique devraient intégrer une formation ciblée en communication en matière de santé donnée par des enseignants ayant l'expertise pertinente. De plus, les programmes d'études devraient être réévalués périodiquement pour s'assurer qu'ils correspondent aux compétences pertinentes et aux besoins réels en matière de santé publique.

Disposer d'offres complètes de perfectionnement professionnel qui répondent aux besoins actuels en matière de

communication en santé publique renforcera nos capacités et assurera la présence d'une main-d'œuvre qualifiée. Aux États-Unis, et à la différence de l'offre actuelle au Canada, le choix de formations en communication en santé publique pour les étudiants et les professionnels est vaste et exhaustif. La Public Health Foundation offre le réseau d'apprentissage TRAIN et cette fondation, avec le New England Public Health Training Center, offrent plusieurs cours liés à la communication qui correspondent aux compétences de base pour professionnels de la santé publique du Council on Linkages^{12,30}. Il y a aussi 65 écoles aux États-Unis qui offrent au total 77 programmes de communication en santé³¹. Ces programmes pourraient également servir d'inspiration pour l'élaboration au Canada

TABEAU 3
Correspondance entre les offres de formation professionnelle et les compétences en matière de communication de l'ASPC ainsi que les sous-catégories propres à chaque compétence (clientèles, canaux, techniques et outils)

Compétence	Programmes formels n (%)	Documents et outils n (%)
Compétences en communication^a	10 (63)	29 (100)
Collègues	1 (6)	17 (59)
Familles	4 (25)	21 (72)
Collectivités	7 (44)	24 (83)
Groupes	4 (25)	26 (90)
Individus	4 (25)	27 (93)
Interprétation de l'information^a	12 (75)	29 (100)
Professionnels	6 (38)	12 (41)
Non-professionnels	7 (44)	15 (52)
Collectivité	10 (63)	28 (97)
Mobilisation des individus^a	8 (50)	26 (90)
Techniques de marketing social	2 (13)	9 (31)
Ressources communautaires	3 (19)	19 (66)
Médias	6 (38)	19 (66)
Technologies actuelles^a	6 (38)	19 (66)
Logiciel	0	4 (14)
Webinaire	0	5 (17)
Sites Web	2 (13)	12 (41)
Médias sociaux	4 (25)	16 (55)

Source : Agence de la santé publique du Canada¹⁰.

Abréviation : ASPC, Agence de la santé publique du Canada.

^a Comme plusieurs sous-catégories étaient possibles, les totaux peuvent dépasser 100 %.

d'une formation générale et d'un perfectionnement professionnel orientés sur les compétences essentielles et reposant sur une pédagogie efficace.

Dans l'ensemble, les offres de perfectionnement professionnel présentaient une forte correspondance avec les compétences de base liées à la communication de l'ASPC :

TABEAU 4
Correspondance entre les offres de perfectionnement professionnel et les compétences en matière de communication de PSC ainsi que les sous-catégories propres à chaque compétence (clientèles, canaux, techniques et outils)

Compétence	Programmes formels n (%)	Documents et outils n (%)
Adaptation de l'information^a	15 (94)	29 (100)
Méthodes de communication^a	9 (56)	29 (100)
Élaboration	6 (38)	28 (97)
Mise en œuvre	3 (19)	19 (66)
Évaluation	3 (19)	19 (66)
Utilisation des médias^a	8 (50)	25 (86)
Médias	7 (44)	19 (66)
Technologies de l'information	2 (13)	10 (34)
Réseaux communautaires	4 (25)	21 (72)
Populations diverses^a	7 (44)	27 (93)
Augmentation des connaissances sur la santé seulement	2 (13)	15 (52)

Source : Comité pancanadien des compétences des promoteurs de la santé¹¹.

Abréviation : PSC, Promotion de la santé Canada.

^a Comme plusieurs sous-catégories étaient possibles, les totaux peuvent dépasser 100 %.

près de la moitié (49 %) traitent des quatre compétences. L'une des compétences de base de l'ASPC en communication, celle sur les technologies actuelles (6.4), n'est pas largement abordée dans les programmes formels mais elle est mieux couverte dans les documents et les outils, bien que ceux-ci aient tendance à traiter de la mise à profit de la technologie plutôt que d'enseigner aux professionnels comment l'utiliser efficacement. Les technologies numériques sont essentielles à la communication en matière de santé publique, comme on l'a vu pendant la pandémie de COVID-19 lorsque les médias sociaux, les sources de mégadonnées en ligne, la présentation visuelle des données, l'intelligence artificielle et les plateformes numériques (comme les logiciels de vidéoconférence) ont pris de plus en plus d'importance³². Il est donc crucial que les compétences essentielles non seulement intègrent la portée et la complexité des technologies numériques à utiliser par la santé publique dans les initiatives de communication mais soient aussi présentes dans les offres de perfectionnement professionnel destinées au personnel.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le renouvellement et la modernisation des compétences essentielles de l'ASPC sont en cours, et ce nouveau cadre devrait être disponible en 2024. Dans son rapport de 2021, l'administratrice en chef de la santé publique a pointé plusieurs points liés à la communication qui doivent être abordés dans les compétences mises à jour et dans la formation du personnel : la lutte contre la mésinformation et la désinformation, la production d'information sur la santé en collaboration avec les collectivités, la communication adaptée à la culture, l'amélioration de la communication des risques et des crises et l'adaptation de l'information aux valeurs et aux besoins des collectivités³³. Nos travaux ont révélé que la plupart des offres de perfectionnement professionnel ne traitaient pas de la mésinformation et de la désinformation, mais que la plupart traitaient de l'adaptation de la communication et de la communication avec des populations variées. En matière de communication avec des populations variées, toutefois, l'accent était généralement mis sur l'amélioration des connaissances en santé plutôt que sur les compétences culturelles. Nos résultats présentent ainsi des opportunités de renforcer le perfectionnement professionnel dans des domaines essentiels à la communication en santé publique.

TABEAU 5
Correspondance entre les offres de perfectionnement professionnel et les compétences en matière de communication du Council on Linkages ainsi que les sous-catégories propres à chaque compétence (clientèles, canaux, techniques et outils)

Compétence	Programmes formels n (%)	Documents et outils n (%)
Stratégies de communication^a	14 (88)	29 (100)
Clientèles à l'interne ou à l'externe^a	13 (81)	29 (100)
À l'interne	2 (13)	17 (59)
À l'externe	12 (75)	29 (100)
Information/mésinformation/désinformation^a	4 (25)	8 (28)
Information	3 (19)	7 (24)
Mésinformation	4 (25)	8 (28)
Désinformation	3 (19)	6 (21)
Faciliter la communication^a	7 (44)	28 (97)
Individus	3 (19)	28 (97)
Groupes	6 (38)	23 (79)
Organismes	3 (19)	15 (52)

Source : Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice¹².

Abréviation : Council on Linkages, Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice.

^a Comme plusieurs sous-catégories étaient possibles, les totaux peuvent dépasser 100 %.

Le personnel canadien en santé publique peut bénéficier d'améliorations et être soutenu par l'établissement de liens plus solides entre la formation et la pratique, notamment par des partenariats entre les facultés de santé publique et les organismes et associations de santé publique, afin que soient élaborées conjointement les offres de formation et de perfectionnement et qu'elles soient adaptées, y compris dans les sous-disciplines spécialisées, et à la fois pour les professionnels et pour les étudiants en santé publique. Les organismes et les associations en santé publique jouent un rôle essentiel dans le perfectionnement du personnel et elles connaissent les besoins au niveau de la collectivité et au niveau des compétences des professionnels, grâce à leur connexion avec ce champ et au suivi et à l'évaluation des principaux enjeux. Elles sont donc les mieux placées pour définir les besoins actuels dans le domaine de la santé publique et prévoir les besoins futurs. De leur côté, les facultés de santé publique apportent leur expertise en pédagogie et en enseignement axé sur les compétences. De tels partenariats contribueraient à la création d'offres de formation adaptées aux besoins des organismes et des professionnels, notamment en ce qui a trait au format, au calendrier et aux priorités. De plus, les organismes et les associations en santé publique pourraient faire des observations et des suggestions aux facultés de

santé publique sur les besoins futurs qu'elles entrevoient, ce qui est important en raison du temps nécessaire pour élaborer un programme d'études et développer une expertise pour le futur personnel en santé publique.

Points forts, limites et recherche future

Notre stratégie de recherche a été conçue pour obtenir le plus grand nombre possible d'offres de perfectionnement professionnel répondant à nos critères d'inclusion. Ces résultats de recherche étaient en anglais seulement, et certains contenus Web étaient inaccessibles en l'absence d'adhésion à un organisme. Il était souvent impossible d'avoir accès à tous les détails des programmes formels sans inscription au cours, ce qui fait que les données pertinentes ont été principalement extraites de l'information de présentation, ce qui peut avoir biaisé nos résultats étant donné que les documents et les outils offraient souvent, quant à eux, un contenu complet. Par ailleurs, les programmes formels devaient avoir été offerts au cours des 12 derniers mois, alors que les documents et les outils devaient simplement être accessibles en ligne au cours de la dernière année, même s'ils avaient été publiés 15 ans plus tôt.

Nos processus de recherche et d'extraction de données ont été également limités

par les défis inhérents à la recherche en ligne. Par exemple, les liens brisés en raison d'incohérences dans les processus d'archivage sur Internet étaient courants. En outre, il est possible que nos résultats de recherche aient été biaisés et influencés de manière inconnue par les algorithmes de Google³⁴.

Étant donné que les compétences essentielles de l'ASPC sont en cours de renouvellement, l'analyse contextuelle présentée ici fournit un portrait précieux des offres disponibles et de la façon dont elles correspondent aux compétences essentielles actuelles en matière de communication en santé publique. Notre analyse ne porte pas sur les offres de perfectionnement professionnel dans d'autres spécialités ou domaines de compétence. Des analyses contextuelles similaires portant sur ces autres offres de perfectionnement professionnel devront être réalisées et leurs résultats devront être mis en lien avec les compétences en communication actualisées.

Conclusion

Le domaine de la santé publique évolue constamment en raison des nouvelles connaissances issues de la recherche et de la pratique, de l'évolution de l'écosystème de la communication et de la complexité des problèmes auxquels sont confrontés les professionnels en santé publique. Cet état de mouvance renforce le rôle essentiel des offres de perfectionnement professionnel dans l'acquisition et le maintien par les professionnels de la santé publique de compétences en matière de communication. Les compétences essentielles en santé publique sont essentielles à la planification du personnel, à l'évaluation du rendement au travail et au perfectionnement professionnel. Elles sont essentielles également aux habiletés en santé publique et contribuent à l'amélioration de la santé de la population.

Nos résultats soulignent la nécessité d'un nombre accru d'offres de formation en communication dans le domaine de la santé publique et d'une approche globale et coordonnée du perfectionnement professionnel axé sur les compétences au Canada. Bien que les offres de perfectionnement professionnel offertes correspondent relativement bien aux compétences essentielles de l'ASPC, la mésinformation et la désinformation, l'utilisation des technologies actuelles et la communication avec des clientèles variées sont des domaines

où les offres de perfectionnement professionnel sont beaucoup moins nombreuses. Le comblement des lacunes actuelles et l'harmonisation du perfectionnement professionnel aux compétences actualisées permettront aux professionnels en santé publique d'enrichir leurs connaissances, leurs valeurs, leurs compétences et leurs comportements et de rendre l'exercice de la santé publique plus efficace et plus précis.

Remerciements

Le financement de cette recherche a été fourni par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sous la forme d'une subvention Catalyseur des IRSC (FRN 184647).

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contribution des auteurs

MM : conception, méthodologie, analyse officielle, acquisition de financement, recherche, validation, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

DM : analyse formelle, recherche, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

HW : analyse officielle, recherche, méthodologie, relectures et révisions.

LEG : acquisition de financement, relectures et révisions.

AP : acquisition de financement, relectures et révisions.

JEM : conception, analyse officielle, acquisition de financement, méthodologie, administration du projet, supervision, validation, relectures et révisions.

Tous les auteurs ont lu et accepté la version publiée du manuscrit.

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

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Mobiliser la santé publique contre les changements climatiques au Canada – Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2022/report-rapport/rapport.pdf>
2. Lin L, Savoia E, Agboola F, Viswanath K. What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systematic review of the literature. BMC Public Health. 2014;14(1):484. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-484>
3. Association canadienne de santé publique. Le temps est venu de renforcer les systèmes de santé publique au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Association canadienne de santé publique; 2022 [consultation le 3 juillet 2023]. En ligne à : <https://cpha.ca/fr/le-temps-est-venu-de-renforcer-les-systemes-de-sante-publique-au-canada>
4. Di Ruggiero E, Papadopoulos A, Steinberg M et al. Strengthening collaborations at the public health system-academic interface: a call to action. Can J Public Health. 2020;111(6):921-925. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00436-w>
5. Yassi A, Lockhart K, Gray P, Hancock T. Is public health training in Canada meeting current needs? Defrosting the paradigm freeze to respond to the post-truth era. Crit Public Health. 2019; 29(1):40-47. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1384796>
6. Greenberg J, Gauthier B. Canada needs a fresh strategy for pandemic communications [Internet]. Montréal (Qué.) : Options politiques; 2021 [consultation le 21 juillet 2023]. En ligne à : <https://policyoptions.irpp.org/magazines/february-2021/canada-needs-a-fresh-strategy-for-pandemic-communications/>
7. Lowe M, Harmon SH, Kholina K, Parker R, Graham JE. Public health communication in Canada during the COVID-19 pandemic. Can J Public Health. 2022;113(Suppl 1):34-45. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00702-z>
8. MacKay M, Colangeli T, Jaworski J et al. Social media crisis communication guidebook for public health [Internet]. Guelph (Ont.) : Université de Guelph; 2022 [consultation le 21 juillet 2023]. En ligne à : <https://hdl.handle.net/10214/27017>
9. Merchant RM, South EC, Lurie N. Public health messaging in an era of social media. JAMA. 2021;325(3):223-224. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.24514>
10. Agence de la santé publique du Canada. Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2008. En ligne à : <https://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>
11. Comité pancanadien des compétences des promoteurs de la santé. Compétences pancanadiennes des promoteurs de la santé et glossaire 2015 [Internet]. Promotion de la santé Canada; 2015. En ligne à : <https://www.healthpromotioncanada.ca/wp-content/uploads/2016/07/2015-FR-HPComp-Package-new-logo.pdf>
12. Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core competencies for public health professionals [Internet]. Washington (DC) : Public Health Foundation; octobre 2021 [consultation le 3 juillet 2023]. En ligne à : http://www.phf.org/resourcestools/pages/core_public_health_competencies.aspx
13. Apatu E, Sinnott W, Piggott T, Butler-Jones D et al. Where are we now? A content analysis of Canadian Master of Public Health course descriptions and the Public Health Agency of Canada's core competencies. J Public Health Manag Pract. 2021;27(2):201-207.

14. MacKay M, Li Y, Papadopoulos A, McWhirter JE. Overview of the health communication curriculum in Canadian master of public health programs. *J Public Health Manag Practice*. 2023; 29(6):906-914. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001758>
15. Jung J, Duhaime K, La Prairie A. Analysis of available online training for Canadian public health professionals. *Pedagogy Health Promot*. 2015; 1(3):144-152. <https://doi.org/10.1177/23733799155599>
16. Gaid D, Mate K, Ahmed S, Thomas A, Bussi eres A. Nationwide environmental scan of knowledge brokers training. *J Contin Educ Health Prof*. 2022;42(1):e3-11. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000355>
17. Godin K, Stapleton J, Kirkpatrick SI, Hanning RM, Leatherdale ST. Applying systematic review search methods to the grey literature: a case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada. *Syst Rev*. 2015;4(138). <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0125-0>
18. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*. 2016;2:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
19. Krippendorff K. *Content analysis: An introduction to its methodology*, 4^e  d. Thousand Oaks (CA) : SAGE Publications; 2019.
20. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *Matière grise : un outil de recherche approfondie de la littérature grise sur la santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ACMTS; 2011 [consultation le 3 juillet 2023]. En ligne à : <https://greymatters.cadth.ca/>
21. Ontario Public Health Libraries Association. Custom Search Engine for Canadian Public Health Information. OPHLA; 2023 [consultation le 3 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.ophla.ca/p/customsearchcanada.html>
22. CABI. Global Health [Internet]. CABI; 2023 [consultation le 3 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.cabi.org/publishing-products/global-health/>
23. Queen’s University Library. *Research guides: Government information: Canada: Overview* [Internet]. Kingston (Ont.) : Queen’s University Library; 2023 [consultation le 3 juillet 2023]. En ligne   : <https://guides.library.queensu.ca/gov/canada/overview>
24. Microsoft Corporation. *Microsoft Excel Version 2312*. Redmond (WA) : Microsoft Corp.; 2018. En ligne   : <https://office.microsoft.com/excel>
25. Mauri M, Elli T, Caviglia G, Uboldi G, Azzi M. RAWGraphs: A visualisation platform to create open outputs. Dans : *Proceedings of the 12th Biannual Conference on Italian SIGCHI Chapter*; sept. 2017, Cagliari (Italie), article n 28. p. 1-5. <https://doi.org/10.1145/3125571.3125585>
26. Centers for Disease Control. *Public Health Professionals Gateway: Competencies for public health professionals* [Internet]. Washington (DC) : CDC; [consultation le 4 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/professional/competencies.html>
27. Association canadienne de santé publique. *Pour renforcer les systèmes de santé publique au Canada* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ACSP; 2022. En ligne à : <https://www.cpha.ca/fr/pour-renforcer-les-systemes-de-sante-publique-au-canada>
28. Agence de la santé publique du Canada. *Compétences en ligne* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2010 [modification le 8 décembre 2022; consultation le 4 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne.html>
29. National Consortium for Public Health, Workforce Development. *Building skills for a more strategic public health workforce: a call to action* [Internet]. Bethesda (MD) : de Beaumont Foundation; 2017 [consultation le 4 juillet 2023]. En ligne   : <https://debeaumont.org/resources/building-skills-for-a-more-strategic-health-workforce-a-call-to-action/>
30. New England Public Health Training Center. *New England Public Health Training Center health communication courses* [Internet]. Boston (MA) : NEPHTC; 2021 [consultation le 4 juillet 2023]. En ligne   : <https://www.nephtc.org/course/search.php?search=health+communication>
31. Masters in Communications. *Master’s in health communication programs* [Internet]. San Francisco (CA) : acgt-Media; [mise   jour le 15 décembre 2023; consultation le 4 juillet 2023]. En ligne   : <https://www.mastersincommunications.com/specializations/health-communication>
32. Budd J, Miller BS, Manning EM et al. Digital technologies in the public-health response to COVID-19. *Nat Med*. 2020;26(8):1183-1192. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1011-4>
33. Agence de la santé publique du Canada. *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada – Rapport de l’administratrice en chef de la santé publique sur l’état de la santé publique au Canada 2021* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 13 décembre 2021 [consultation le 17 janvier 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html>
34. Grind K, Schechner S, McMillan R, West J. How Google interferes with its search algorithms and changes your results. *The Wall Street Journal* [Internet]; 15 novembre 2019 [consultation le 3 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.wsj.com/articles/how-google-interferes-with-its-search-algorithms-and-changes-your-results-11573823753>

Aperçu

Surveillance provinciale et territoriale des anomalies congénitales : résumé des programmes de surveillance au Canada

Tanya Bedard, M.S.P. (1); Yonabeth Nava de Escalante, M.D., M.S.P. (2); Cora Cole, M. Sc. (3,4); Kitty Dang, MBA (5); Maya Jeyaraman, Ph. D. (6); Kathryn Johnston, M. Sc, M.S.P. (7); Qun Miao, Ph. D. (8); Lauren Rickert, M. Sc. (Med) (9); Chantal Nelson, Ph. D. (10)

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

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



Résumé

Le Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales a été créé en 2002 pour combler les lacunes dans la surveillance nationale des anomalies congénitales et pour soutenir la viabilité de systèmes de surveillance des anomalies congénitales de haute qualité et fondés sur la population dans les provinces et les territoires. Cet article présente les méthodologies de chaque système local de surveillance des anomalies congénitales, en faisant ressortir les similitudes et les divergences, afin de contribuer à l'amélioration des efforts de surveillance des anomalies congénitales à l'échelle nationale.

Introduction

Les anomalies congénitales sont la principale cause de mortalité infantile au Canada¹ et l'une des causes les plus fréquentes dans le monde entier². Des systèmes de surveillance des anomalies congénitales ont été mis sur pied à l'échelle mondiale après la tragédie de la thalidomide et, au Canada, on a créé le Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC)^{3,4}.

Les données du SCSAC présentent certaines lacunes, auxquelles il est possible de remédier⁴. Depuis longtemps, le SCSAC utilise exclusivement des données administratives sur la santé tirées de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la

santé (ICIS)^{3,4}. La BDCP de l'ICIS, qui comprend des données sur les congés d'hôpital des provinces et des territoires à l'exception du Québec, est utilisée pour identifier les cas d'anomalies congénitales⁵. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a mis au point des méthodes de jumelage pour faire un suivi des admissions de nourrissons jusqu'à l'âge d'un an, mais ce n'est pas suffisant pour le recensement complet des anomalies congénitales au Canada car les données peuvent être incomplètes⁶. La BDCP de l'ICIS présente des limites en ce qui concerne les mortalités, les interruptions volontaires de grossesse en raison d'une anomalie fœtale (IVGAF), les expositions environnementales et les facteurs de risque individuels, autant d'éléments qui ont également une influence sur l'exhaustivité du SCSAC.

Points saillants

- Le Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales a été créé en 2002, dans le cadre du Système canadien de surveillance périnatale, afin de soutenir des systèmes de surveillance des anomalies congénitales de haute qualité et fondés sur la population à l'échelle du Canada. Les systèmes locaux de surveillance des anomalies congénitales couvrent des populations et des zones géographiques diverses, fonctionnent selon des structures différentes et ont une maturité variable.
- La participation de chaque administration est essentielle pour soutenir la surveillance locale et nationale des anomalies congénitales.
- Les systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance des anomalies congénitales sont particulièrement bien placés pour soutenir les priorités en matière de santé publique.

Rattachement des auteurs :

1. Système de surveillance des anomalies congénitales de l'Alberta, Alberta Health Services, Calgary (Alberta), Canada
2. Bureau de l'agent de santé provincial, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
3. Programme de soins génésiques de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
4. Surveillance périnatale, Health PEI, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), Canada
5. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère de la Santé et des Services sociaux, Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest), Canada
6. Santé Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
7. Programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick, Moncton (Nouveau-Brunswick), Canada
8. BORN Ontario, Ottawa (Ontario), Canada
9. Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), Canada
10. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Tanya Bedard, Alberta Congenital Anomalies Surveillance System, Clinical Genetics, Alberta Children's Hospital, 28 Oki Drive NW, Calgary (Alberta) T3B 6A8; courriel : tanya.bedard@albertahealthservices.ca

Le Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales, créé en 2002 dans le cadre du Système canadien de surveillance périnatale, vise à améliorer les données de surveillance des anomalies congénitales. Les membres de ce réseau sont des cliniciens, des universitaires et des professionnels de la santé publique de l'ensemble du Canada.

Le *Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement*, annoncé par le gouvernement du Canada en 2008, est une initiative fédérale conçue pour protéger la santé des Canadiens contre les contaminants environnementaux nocifs⁶. Dans le cadre de ce plan d'action, l'ASPC, avec le soutien du Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales, collabore avec les provinces et les territoires pour mettre en place ou renforcer les systèmes locaux de surveillance des anomalies congénitales afin d'améliorer la surveillance des anomalies congénitales à l'échelle du Canada. Il sera ainsi possible de combler les lacunes dans la surveillance nationale, puisque les données locales sont plus complètes et plus précises⁷. L'objectif de cet article est de fournir une vue d'ensemble de chaque système provincial et territorial de surveillance des anomalies congénitales contribuant au renforcement des activités de surveillance locales comme nationales.

Méthodologie

Le groupe de travail sur la publication des données du Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales a mené une enquête fondée sur le State Birth Defects Surveillance Program Directory du National Birth Defects Prevention Network⁸. Cette enquête a été modifiée de façon à pouvoir fournir un niveau de détail à l'échelle des programmes des différentes administrations, comme l'illustre le tableau 1.

Un représentant de chaque province et territoire (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) ont eu la possibilité de répondre à l'enquête par courriel ou lors d'un entretien individuel en mai 2023. Un seul représentant de chaque administration pouvait participer à l'enquête, et le fait de répondre constituait un consentement implicite à participer. Les données qualitatives ont

été soumises à une analyse thématique et à la méthode comparative constante⁹.

L'examen et l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche en santé n'ont pas été nécessaires car il s'agissait d'un projet d'assurance de la qualité interne à la surveillance des anomalies congénitales et aucune donnée permettant l'identification n'a été consultée¹⁰.

Résultats

Des représentants de neuf provinces et de trois territoires ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 92 %. Les résultats de l'enquête fournissent une vue d'ensemble de l'état actuel et des activités de surveillance des anomalies congénitales pour chaque administration (tableau 1).

Tous les systèmes locaux font état des naissances survenues sur le lieu de résidence de la mère. Deux administrations ont un système qui est en mesure de faire également état des naissances relevant de l'extérieur de leur territoire. Dans tous les systèmes, la définition de cas comprend les naissances vivantes et les mortinaissances, et on recense systématiquement les IVGAF précoces (c.-à-d. correspondant à un âge gestationnel de moins de 20 semaines) dans la moitié des systèmes. Deux provinces (Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador) font un recensement limité des IVGAF précoces. La limite de recensement est établie à un an après l'accouchement dans la plupart des administrations, sauf dans le cas des Territoires du Nord-Ouest (18 ans), du Québec (13 ans), de l'Ontario (au moment du congé d'une UNSI) et du Yukon (au moment de la naissance).

Tous les systèmes sont fondés sur la population, et sept d'entre eux utilisent une méthode de recensement hybride, c'est-à-dire qu'il y a une réception passive des notifications de cas et un recensement actif des cas à l'aide d'autres sources de données, comme les dossiers médicaux, afin que les données sur les anomalies congénitales soient le plus exhaustives et le plus exactes possible. Dans le cas des cinq autres systèmes, on a recours à des méthodes passives. Toutes les administrations utilisent des sources de données multiples, et 9 administrations sur 12 vérifient les cas à l'aide d'autres données cliniques (par ex. cardiologie pédiatrique).

Seules deux administrations (la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest) ont rendu obligatoire la déclaration des anomalies congénitales à l'aide de textes législatifs. Si tous les programmes ont fait l'objet d'un examen des questions relatives à l'éthique ou au respect de la vie privée, 10 sur les 12 ont réalisé une évaluation complète des facteurs relatifs à la vie privée. Les trois quarts (9/12) envoient à l'ASPC des données anonymisées au niveau des dossiers, et les autres transmettent des données agrégées. Onze systèmes sur 12 reçoivent un financement de l'ASPC, et 8 systèmes sur 12 reçoivent un soutien provincial/territorial ou un appui non financier.

Analyse

Avec le soutien du Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales, l'Agence de la santé publique du Canada a fait des démarches actives auprès des provinces et des territoires pour mettre en place ou renforcer leur système de surveillance locale des anomalies congénitales, afin de consolider les efforts de surveillance menés à l'échelle nationale dans le cadre du *Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement*⁶. Chaque administration a commencé à un stade différent : certaines avaient déjà un système de surveillance des anomalies congénitales, tandis que d'autres devaient en mettre un sur pied ou le restructurer. Comme l'illustre le tableau 1, les programmes sont tous différents et couvrent des populations et des zones géographiques diverses.

Le recensement et la déclaration des cas relevant d'une autre administration sont très limités. Le pourcentage d'accouchements relevant d'une autre administration varie considérablement d'une administration à l'autre, allant de moins de 1 % à 75 % (données non présentées). Étant donné que les définitions de cas sont établies localement et qu'il n'y a pas d'accord sur le partage de données entre administrations, les naissances ou les accouchements associés à une anomalie congénitale qui surviennent à l'extérieur du lieu de résidence de la mère ne sont pas pris en compte. Il est donc difficile de rendre compte du véritable fardeau associé aux anomalies congénitales. Il est donc nécessaire de conclure des accords interprovinciaux et interterritoriaux sur le partage des données afin de renforcer les efforts de surveillance locale.

TABLEAU 1
Aperçu des registres et des programmes provinciaux et territoriaux de surveillance des anomalies congénitales au Canada

Caractéristiques du programme	Province/territoire ^a											
	C.-B.	Alb.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	Î.-P.-É.	N.-É.	T.-N.-L.	Yukon	T.N.-O.	Nt
Première année pour laquelle des données sont disponibles	1952	1980	2010	2012	2008	2015	2016	1988	2012	2001	2011	2010
Population visée ^b	Résidentes de la C.-B. au moment de l'accouchement, et accouchement en C.-B.	Résidentes de l'Alb. au moment de l'accouchement, et accouchement en Alb.	Résidentes du Man. au moment de l'accouchement, et accouchement au Man.	Résidentes de l'Ont. au moment de l'accouchement, et accouchement en Ont.	Résidentes du Qc au moment de l'accouchement, et accouchement au Qc	Résidentes du N.-B. au moment de l'accouchement, et accouchement au N.-B.	Résidentes de l'Î.-P.-É. au moment de l'accouchement, et accouchement à l'Î.-P.-É.	Résidentes de la N.-É. au moment de l'accouchement, et accouchement en N.-É.	Résidentes de la T.-N.-L. au moment de l'accouchement, et accouchement à T.-N.-L.	Résidentes du Yn au moment de l'accouchement, et accouchement au Yn	Résidentes des T.N.-O. au moment de l'accouchement, et accouchement dans les T.N.-O.	Résidentes du Nt, et accouchement au Nt
Définition de cas												
NV+MN	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IVGAF < 20 semaines d'AG ^c	✓	✓	X	Recensement limité	X	✓	✓	✓	Recensement limité	X	✓	X
Avortement spontané	X	✓	X	X	X	X	Recensement limité	✓	✓	X	X	X
Limite pour le recensement	1 an	1 an	1 an	Jusqu'à la sortie de l'UNSI	13 ans	1 an	1 an	1 an	1 an	À la naissance	18 ans	1 an
Naissances totales/an (NV+MN)	~ 43 700	~ 50 000	~ 17 542	~ 140 000	~ 80 000	~ 6 200	~ 1 350	~ 8 000	~ 3 800	~ 425	~ 590	~ 810
Système fondé sur la population	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Méthode de collecte	Hybride	Hybride	Passive	Passive	Passive	Hybride	Passive	Hybride	Hybride	Passive	Hybride	Hybride
Considérations juridiques ou en matière de protection de la vie privée												
Obligation de déclaration des AC	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X
EFVP requise	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X
Type de données partagées avec l'ASPC	Agrégées	Agrégées	Anonymisées au niveau des dossiers	Anonymisées au niveau des dossiers	Agrégées	Anonymisées au niveau des dossiers	Anonymisées au niveau des dossiers	Anonymisées au niveau des dossiers	Anonymisées au niveau des dossiers	Anonymisées au niveau des dossiers	Anonymisées au niveau des dossiers	Anonymisées au niveau des dossiers

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Aperçu des registres et des programmes provinciaux et territoriaux de surveillance des anomalies congénitales au Canada

Caractéristiques du programme	Province/territoire ^a											
	C.-B.	Alb.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	Î.-P.-É.	N.-É.	T.-N.-L.	Yukon	T.N.-O.	Nt
Type de financement												
Système de surveillance des AC soutenu par un financement de l'ASPC	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Financement ou appui non financier offert par la province	Appui non financier offert par le comité consultatif provincial et par le bureau de l'agent de santé provincial	Financement offert par Alberta Health Services et appui non financier offert par Alberta Health	Appui non financier	Financement offert par BORN	X	Ressources fournies par Périnatal-NB	Appui non financier	Appui non financier offert par IWK Health	Financement provincial	X	X	X
Sources de données utilisées pour la détermination et la vérification de routine												
Base de données sur les congés des patients ^d	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Événements de l'état civil (NV, MN, décès)	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓
Données de facturation des médecins	Recensement limité	X	✓	X	X	X	X	✓	X	✓	X	✓
Base de données périnatale	✓	X	X	✓	X	✓	X	✓	✓	X	X	X
Données cliniques de génétique et/ou de cytogénétique	✓	✓	X	✓	X	X	X	X	✓	X	X	X

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Aperçu des registres et des programmes provinciaux et territoriaux de surveillance des anomalies congénitales au Canada

Caractéristiques du programme	Province/territoire ^a											
	C.-B.	Alb.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	Î.-P.-É.	N.-É.	T.-N.-L.	Yukon	T.N.-O.	Nt
Autres données ^e	Données d'imagerie, clinique de cardiologie pédiatrique au BC Children's Hospital	Formulaire de déclaration d'anomalie congénitale, dépistage néonatal, rapports d'anatomopathologie, système provincial d'information clinique électronique	Aucune	Le système d'information BORN comprend les résultats de la grossesse, de l'accouchement et des soins néonataux	Aucune	Examen du dossier d'hôpital et de MFM, ce qui comprend les résultats des analyses génétiques et de l'autopsie si le médecin en a fait la demande	Système national d'information sur les soins ambulatoires, système d'ID SIR/PACS et système d'information clinique de Cerner	Base de données sur les anomalies fœtales, base de données cardiologiques IWK, demandes de remboursement des services médicaux, BDCP pour les admissions liées à une anomalie jusqu'à 1 an	Cliniques externes; rapports de radiographie, d'échocardiographie, d'autopsie, des unités d'évaluation fœto-maternelle, de génétique	NV avec anomalie signalée par les fournisseurs de soins de maternité au moment du congé. Enfant présentant une anomalie congénitale signalée par un pédiatre, codes Q et O-35 de la CIM-10 signalés dans le système 3M à l'hôpital général de Whitehorse, SNISA	Formulaire des T.N.-O. pour la déclaration des anomalies congénitales; assurance-maladie	Aucune
Vérification à l'aide de sources de données multiples	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Capacité d'examen des dossiers	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	✓	X	✓	✓
Confirmation cytogénétique d'aneuploïdies communes	✓	✓	X	✓	X	✓	X	X	✓	X	X	X

Source : Enquête menée en 2023 par le groupe de travail sur la publication des données du Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales.

Abréviations : AC, anomalie congénitale; AG, âge gestationnel; ASPC, Agence de la santé publique du Canada; BDCP, base de données sur les congés des patients; EFVP, évaluation des facteurs relatifs à la vie privée; ID, imagerie diagnostique; IVGAF, interruption volontaire de grossesse pour anomalie fœtale; IWK, Izaak Walton Killam Hospital for Children; MED-ECHO, maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière; MFM, médecine fœto-maternelle; MN, mortinaissance; NV, naissance vivante; PACS, système d'archivage et de transmission d'images; SIR, système d'information radiologique; SNISA, Système national d'information sur les soins ambulatoires; UNSI, unité néonatale de soins intensifs.

^a Programme de surveillance/registre provincial/territorial : Alb., Système de surveillance des anomalies congénitales de l'Alberta (ACASS); C.-B., Système amélioré de surveillance des anomalies congénitales de la Colombie-Britannique (BCCASS); Man., Système de surveillance des anomalies congénitales du Manitoba (MCASS); N.-B., PérinatalNB; T.-N.-L., Programme périnatal de Terre-Neuve-et-Labrador/Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador (NLCASS); N.-É., Surveillance des anomalies congénitales de la Nouvelle-Écosse (SCANS); T.N.-O., Registre des anomalies congénitales des T.N.-O.; Nt, Système de surveillance des anomalies congénitales du Nunavut; Ont., Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN Ontario); Î.-P.-É., Surveillance des anomalies congénitales (PEICANS); Qc, Système de surveillance des anomalies congénitales au Québec; Yn, Congenital Anomalies Support Yukon. Aucune information actuelle sur la Saskatchewan n'a été fournie.

^b Dans le cas des T.N.-O. et du Yn, les cas sont déclarés en fonction du lieu de résidence, quel que soit le lieu de l'accouchement.

^c Dans le cas de T.-N.-L., le recensement est limité uniquement lorsque c'est indiqué dans les notes sur les anomalies.

^d Le Qc utilise la banque de données MED-ECHO.

^e 3M est un logiciel de gestion des dossiers médicaux qui comprend les codes de la CIM-10.

Le recensement des IVGAF améliore considérablement la qualité des données (c.-à-d. leur exhaustivité), en particulier lorsqu'on tient compte des cas associés à un âge gestationnel inférieur à 20 semaines. De nombreuses grossesses associées à une anomalie mortelle ou grave (comme une anencéphalie) font l'objet d'une interruption précoce de grossesse et ne sont pas prises en compte par la plupart des systèmes passifs^{11,12}. Les deux tiers des systèmes locaux ont des données au moins limitées sur les IVGAF précoces, ce qui permet d'obtenir des estimations plus précises qu'avec les systèmes qui ne tiennent pas compte des IVGAF précoces, en particulier dans le cas des anomalies congénitales les plus graves. Il est également important de distinguer les mortinaissances spontanées des IVGAF à un âge gestationnel de 20 semaines ou plus. La définition actuelle des cas de mortinaissance doit être mise à jour pour refléter cette distinction clé, qui a une incidence notable sur les efforts de surveillance des anomalies congénitales et des cas de mortinaissance¹³. Actuellement, neuf administrations ont la capacité de distinguer les mortinaissances spontanées des IVGAF survenant à un âge gestationnel de 20 semaines ou plus (données non présentées).

Tous les systèmes locaux utilisent des sources de données multiples, dont certaines incluent des données cliniques, afin de faciliter la vérification des cas. L'utilisation d'une composante passive et d'une composante active pour la surveillance des anomalies congénitales et la possibilité de vérifier les données à l'aide de sources multiples améliorent la confiance dans la qualité des données. Il s'agit d'une différence par rapport au SCSAC, un système passif qui utilise principalement une source de données administratives sur la santé pour la production de rapports⁶ et la recherche^{14,15}. Les données administratives sur la santé n'étant pas recueillies à des fins de surveillance des anomalies congénitales, la qualité de ces données est limitée. Une comparaison antérieure entre le SCSAC et un système provincial de surveillance des anomalies congénitales a révélé que, bien que la concordance entre les deux systèmes soit satisfaisante pour certaines anomalies majeures, il y avait souvent sur-estimation des anomalies dans le SCSAC en raison de l'absence de validation et en raison de problèmes de classification et de codage¹⁶. Cette limitation a également été signalée lors de la comparaison d'ensembles de données administratives sur la

santé et de données recueillies par les systèmes locaux de surveillance des anomalies congénitales^{17,18}. Bien que le recensement hybride des cas nécessite davantage de ressources, il permet d'obtenir des données plus complètes et plus précises, ce qui est particulièrement important dans le cas des anomalies rares et des administrations moins peuplées. En effet, la classification et le codage erronés des cas peuvent avoir un effet considérable sur la prévalence.

De nombreux programmes locaux sont menés avec la collaboration et le soutien de divers spécialistes (médecine fœto-maternelle, génétique, etc.) et du groupe consultatif provincial ou territorial applicable (s'il en existe un). Les systèmes locaux de surveillance des anomalies congénitales sont plus à même qu'un système national à la fois de répondre aux besoins en matière d'enquête sur les grappes, de planification des programmes et d'affectation des ressources et de soutenir les intérêts et les besoins locaux.

Le financement de l'ASPC a permis à la plupart des administrations de mettre en place ou de renforcer leur système local de surveillance des anomalies congénitales et de contribuer aux activités nationales de surveillance des anomalies congénitales. Le financement fourni par les autorités sanitaires et les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les appuis non financiers, contribuent également aux activités de surveillance locale des anomalies congénitales. Dans certains cas, un financement provincial ou territorial spécifique est essentiel au maintien des activités et à la viabilité du programme.

Points forts et limites

Presque toutes les administrations ont répondu à l'enquête, ce qui nous permet d'avoir un portrait de l'état de la surveillance des anomalies congénitales à l'échelle du Canada. Les représentants de la Saskatchewan ont été invités à participer, mais ils n'ont pas été en mesure de fournir des données à jour. La collaboration avec les provinces et les territoires, le Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales et l'ASPC contribue à renforcer le SCSAC.

Toutefois, il s'est avéré difficile de tenir compte de la diversité de chaque province et territoire dans le cadre d'une enquête

relativement courte, ce qui souligne l'importance de poursuivre la collaboration et les efforts de normalisation à l'échelle du pays.

Conclusion

La collaboration et les investissements de l'ASPC, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des autorités sanitaires ont été essentiels pour soutenir les activités de surveillance locale et nationale des anomalies congénitales, tout comme les efforts et le dévouement des membres du Réseau de surveillance des anomalies congénitales. Si la surveillance à l'échelle nationale des anomalies congénitales peut être fiable dans les petits pays, il est difficile d'atteindre un tel degré de fiabilité et de précision dans les grands pays : il convient donc de mettre en place des systèmes locaux pour renforcer la surveillance à l'échelle nationale au Canada^{3,7}. Des accords sur le partage de données doivent être conclus entre les administrations pour renforcer cette surveillance.

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les membres du Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales pour leur participation continue au développement et au maintien de systèmes de surveillance des anomalies congénitales de haute qualité, fondés sur la population, qui fourniront des données permettant d'améliorer la santé des enfants canadiens et de leur famille.

Conflits d'intérêts

Pour la rédaction de cet article, un soutien a été offert par l'ASPC (à YN), par BORN Ontario (à QM) et par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (à YN). L'ASPC a offert un financement à LR et à MJ pour leurs déplacements et pour leur permettre d'assister aux réunions. LR a reçu du matériel électronique et un local par les Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador; son salaire, versé par les Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador, a été financé par l'ASPC et elle a reçu un appui non financier de la part des Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador. MJ a reçu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada en 2020 pour un projet de recherche n'ayant aucun lien avec les présents travaux. CC est soutenue par un financement contractuel de l'ASPC accordé à l'IWK Health Centre pour les travaux liés à la Nouvelle-Écosse

et par un appui non financier pour représenter Health PEI. CN est chargée de cours à l'Université Lakehead et à l'Université Carleton.

Contributions des auteures et avis

Conception : CN, CC, QM, KJ, KD, LR, MJ, TB, YN.

Analyse : CC, QM, KJ, KD, LR, MJ, TB, YN.

Rédaction de la première version du manuscrit : CN, CC, QM, KJ, KD, LR, MJ, TB, YN.

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 des organismes de santé locaux, des gouvernements provinciaux et territoriaux ou du gouvernement du Canada.

Références

1. Statistique Canada. Les principales causes de décès infantiles [Internet]. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2023 [consultation le 18 déc. 2023]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310039501&request_locale=fr
2. Organisation mondiale de la santé (OMS). Troubles congénitaux [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2023 [consultation le 18 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
3. Lowry RB. Congenital anomalies surveillance in Canada. *Can J Public Health*. 2008;99(6):483-485. <https://doi.org/10.1007/BF03403781>
4. Paquette D, Lowry RB, Sauvé R. Deux à trois pour cent des enfants naissent avec une anomalie congénitale : ça compte! Enquête nationale sur la surveillance des anomalies congénitales au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2006;27(1):39-42.
5. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDPC) [Internet]. Ottawa (ON) : CIHI; [consultation le 15 juill. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-les-conges-des-patients-bdpc>
6. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les anomalies congénitales au Canada – Rapport de surveillance sur la santé périnatale. Ottawa (Ont.), ASPC; 2013. [No de catalogue : HP35-40/2013F-PDF]. 133 p. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP35-40-2013-fra.pdf
7. Boyd PA, Armstrong B, Dolk H, et al. Congenital anomaly surveillance in England—ascertainment deficiencies in the national system. *BMJ*. 2005; 330(7481):27. <https://doi.org/10.1136/bmj.38300.665301.3A>
8. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention. State birth defects surveillance program directory. *Birth Defects Res*. 2019; 111:S126-S180. <https://www.nbdpn.org/docs/Supplement.pdf>
9. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*. 2000;320(7227): 114-116. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>
10. Gouvernement du Canada. Portée de l'évaluation de l'éthique de la recherche [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 23 sept. 2019; consultation le 12 juill. 2023]. En ligne à : https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-eptc2_2018_chapter2-chapitre2.html#a
11. Ethen MK, Canfield MA. Impact of including elective pregnancy terminations before 20 weeks gestation on birth defect rates. *Teratology*. 2002; 66(S1):S32-35. <https://doi.org/10.1002/tera.90008>
12. Cragan JD, Roberts HE, Edmonds LD, et al. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis—United States, 1985-1994. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1995;44(4):1-13.
13. Joseph KS, Lee L, Arbour L, et al. Stillbirth in Canada: anachronistic definition and registration processes impede public health surveillance and clinical care. *Can J Public Health*. 2021;112(4):766-772. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00483-x>
14. Agha MM, Williams JI, Marrett L, To T, Zipursky A, Dodds L. Congenital abnormalities and childhood cancer. *Cancer*. 2005;103(9):1939-1948. <https://doi.org/10.1002/cncr.20985>
15. Reece AS, Hulse GK. Canadian cannabis consumption and patterns of congenital anomalies: an ecological geospatial analysis. *J Addict Med*. 2020;14(5):e195-e210. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000638>
16. Wen SW, Rouleau J, Lowry RB, et al. Congenital anomalies ascertained by two record systems run in parallel in the Canadian province of Alberta. *Can J Public Health*. 2000;91(3):193-196. <https://doi.org/10.1007/BF03404270>
17. Metcalfe A, Sibbald B, Lowry RB, Tough S, Bernier FP. Validation of congenital anomaly coding in Canada's administrative databases compared with a congenital anomaly registry. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2014;100(2):59-66. <https://doi.org/10.1002/bdra.23206>
18. Bakker MK, Loane M, Garne E, et al. Accuracy of congenital anomaly coding in live birth children recorded in European health care databases, a EUROlinkCAT study. *Eur J Epidemiol*. 2023;38(3):325-334. <https://doi.org/10.1007/s10654-023-00971-z>

Lettre à la rédaction

Réponse à l'article « Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance au Canada »

Chandrakant P. Shah, M.D., FRCPC, SM (Hyg), D. Sc. (H.C.), O. Ont. (1,2)

Monsieur,

J'ai récemment lu dans votre revue l'article de Pollock et ses collaborateurs, « Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance au Canada »¹. Je souhaite féliciter les auteurs pour leur travail. Si, depuis 40 ans, les professions de la santé publique et des soins de santé accordent de plus en plus d'attention aux déterminants sociaux de la santé et aux approches de prévention en amont, elles ont trop longtemps négligé les enfants placés hors de leur foyer familial, comme en témoigne le peu de publications sur cette population vulnérable. Je crois que la majorité de la population, y compris des professionnels de la santé, a présumé que les enfants qui étaient retirés de leur foyer familial et placés sous la garde d'organismes gouvernementaux (principalement des sociétés d'aide à l'enfance ou des foyers de groupe) grandissaient dans des milieux favorables à leur santé mentale, physique et cognitive. Toutefois, cette perception n'est pas solidement appuyée par des données probantes² et mes expériences me révèlent une tout autre histoire.

Au début des années 1970, alors que j'étais le premier directeur médical à temps plein de la Société d'aide à l'enfance de Vancouver, j'ai été choqué par ce que j'ai appris. J'ai mené plusieurs études et rédigé des articles pour exposer la situation précaire de ces enfants vulnérables et proposer des solutions. Par exemple, le tiers des enfants pris en charge avaient des déficiences physiques, émotionnelles ou cognitives³⁻⁵. En raison de l'insuffisance des services

de réadaptation dans leur collectivité, des enfants atteints de déficiences ont dû être placés dans des familles d'accueil. Cependant, les antécédents médicaux de ces enfants n'étaient pas fournis au moment de l'admission en foyer d'accueil et n'étaient pas non plus communiqués aux médecins de première ligne au moment de la sortie. L'absence de système uniforme de paiement, le manque de foyers d'accueil et la formation insuffisante des familles accueillant des enfants atteints de déficiences ont contribué à de nombreux échecs, si bien que certains enfants ont changé de foyer d'accueil jusqu'à 10 ou 12 fois en 12 mois⁶. À l'époque, environ 30 à 40 % des enfants placés étaient des Autochtones qui vivaient loin de leur collectivité dans un foyer d'accueil non autochtone. Grâce à la campagne menée par la Dre Cindy Blackstock, directrice générale de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, les enfants autochtones qui ont besoin d'être placés dans des familles d'accueil le sont maintenant dans leur collectivité. Cependant, à cause du manque d'installations dans les collectivités autochtones du nord, de nombreux jeunes ayant des problèmes de santé mentale continuent d'être placés dans des foyers de groupe privés situés à des centaines de kilomètres au sud de leurs communautés, et certains propriétaires de foyers de groupe en font une affaire lucrative, comme l'a récemment rapporté Global News⁷.

Est-ce que la situation a changé au cours des 50 dernières années? Au moins, le nombre d'enfants placés hors de leur foyer familial a diminué, passant d'environ 100 000 à 61 000¹. Mais reçoivent-ils tous

Lettre à la rédaction par Shah CP dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



les soins dont ils ont besoin? Je n'ai pas de réponse définitive à cette question, mais j'en doute. Cela dit, nous avons maintenant une occasion unique d'approfondir cette question en liant les données administratives des services de protection de l'enfance à celles de la base de données sur l'assurance maladie servant à évaluer nos programmes. J'invite les chercheurs et les autres intervenants du secteur à élargir leurs recherches et à nous éclairer sur la situation difficile de ces enfants extrêmement vulnérables. À 87 ans, je sais que le temps est venu pour nous de passer à l'action.

Références

1. Pollock NJ, Ouédraogo AM, Trocmé N, et al. Taux de placement des enfants hors de leur foyer familial : analyse des données administratives nationales du système de protection de l'enfance au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(4). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.4.02>
2. das McMurty N. Backgrounder: Kids in care in Canada: the alarming facts [Internet]. Winnipeg (MB): Making Evidence Matter; [consultation le 26 fév. 2024]. En ligne à : <https://evidencenetwork.ca/backgrounder-kids-in-care-in-canada-the-alarming-facts/>

Rattachement de l'auteur :

1. Professeur émérite, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Consultant honoraire, Anishnawbe Health Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Chandrakant P. Shah; courriel : c.shah@utoronto.ca

-
3. Shah CP, Kline CL. Children in child welfare agencies: a model for more effective delivery of medical and psychiatry services. *Can J Public Health*. 1972;63(6): 517-522.
 4. Shah CP. Health services in child welfare agencies: an integrated approach. *Can J Public Health*. 1974;65(1): 34-36.
 5. Shah CP. Psychiatric consultations in a child welfare agency. Some facts and figures. *Can Psychiatr Assoc J*. 1974;19(4):393-397.
 6. Shah CP, Poulos S. Assessing needs and board rates for handicapped children in foster family care: progress report. *Child Welfare*. 1974;53(1):31-38.
 7. Russell A, Jarvis C, Wrobel M. Indigenous kids allegedly called 'cash cows' of Ontario's child-welfare system. *Global News*; 2024 [consultation le 13 mars 2024]. En ligne à : <https://globalnews.ca/news/10320532/indigenous-kids-allegedly-called-cash-cows-of-ontarios-child-welfare-system/>

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^{1,2}. L'environnement bâti désigne tout élément de l'environnement physique créé ou modifié par l'humain et inclut les structures et les bâtiments, les installations de loisir, les espaces verts et les parcs, les infrastructures de transport et l'aménagement des collectivités.

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

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

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

Ces sujets pertinents peuvent comprendre ce qui suit :

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

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

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

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

Échéance pour les soumissions : 30 novembre 2024

Références

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

Autres publications de l'ASPC

[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 2024.

Hassen N, Lacaille D, Xu A, [...], **Lang JJ**, et al. National burden of rheumatoid arthritis in Canada, 1990–2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019 – a GBD collaborator-led study. *RMD Open*. 2024;10:e003533. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003533>

Idzerda L, Corrin T, Lazarescu C, Couture A, Vallières E, Khan S, [...], Garcia AJ. Public policy interventions to mitigate household food insecurity in Canada: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2024;27(1):e83. <https://doi.org/10.1017/S1368980024000120>

Pagaduan JE, Lazarescu C, Vallieres E, [...], Zuckermann AME, Idzerda L. The impacts of the Nutrition North Canada program on the accessibility and affordability of perishable, nutritious foods among eligible communities: a scoping review. *Int J Circumpolar Health*. 2024;83(1):2313255. <https://doi.org/10.1080/22423982.2024.2313255>

Prince SA, Dempsey PC, Reed JL, [...], **Merucci K, Lang JJ**. The effect of sedentary behaviour on cardiorespiratory fitness: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s40279-023-01986-y>

Prince SA, Lang JJ, Betancourt M, Toigo S, Roberts KC. Sedentary time at school and work in Canada. *Can J Public Health*. 2024. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00835-9>

