

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

## *Recherche, politiques et pratiques*

Volume 45 • numéro 2 • février 2025

### Dans ce numéro

#### *Synthèse des données probantes*

- 69** Favoriser le mouvement grâce à l'approche par paliers : recherche et revue systématiques destinées à orienter la mise au point d'une nouvelle intervention axée sur les comportements sédentaires chez les aînés

#### *Exposé de politique fondé sur des données probantes*

- 84** Cadre conceptuel pour le suivi des méfaits liés aux substances effectué par les autorités de santé publique

#### *Recherche quantitative originale*

- 94** Augmentation des risques selon la classification des nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé : étude empirique auprès d'un échantillon d'adultes recrutés dans la collectivité en Ontario
- 109** Accès direct à des traitements en santé mentale pour les travailleurs de la santé : un aperçu des demandes au cours des cinq premières vagues de la pandémie de COVID-19 en Ontario

#### *Annonce*

- 120** 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

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

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

Scott Leatherdale, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Heather Orpana, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

Kelly Skinner, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

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

Paul Villeneuve, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.  
Gestionnaire de la rédaction

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

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

Kaitey Guite, B. Sc. San. (c)  
Rédactrice subalterne

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.

ISSN 2368-7398

Pub. 240579

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

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

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

---

# Synthèse des données probantes

## Favoriser le mouvement grâce à l'approche par paliers : recherche et revue systématiques destinées à orienter la mise au point d'une nouvelle intervention axée sur les comportements sédentaires chez les aînés

Konstantina Katsoulis, Ph. D. (1); Maria C. Tan, MBSI (1); Sean Horton, Ph. D. (2); Samir K. Sinha, M.D. (3,4,5); Bill Kapralos, Ph. D. (1); David Dunstan, Ph. D. (6,7); Danielle R. Bouchard, Ph. D. (8); Jennifer L. Copeland, Ph. D. (9); Shilpa Dogra, Ph. D. (1)

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

Synthèse des données probantes par Katsoulis K et al. dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

### Résumé

**Introduction.** Les méthodes habituellement utilisées pour aider les aînés à adopter et à maintenir un mode de vie actif ne connaissent pas beaucoup de succès. L'« approche par paliers » proposée précédemment permet de jeter de nouvelles bases pour la mise au point d'interventions et de stratégies de santé publique; elle est composée du palier 1 (changer les comportements sédentaires) et des paliers 2 à 4 (intégrer davantage d'activité physique d'une intensité croissante). Avec cette recherche et cette revue systématiques, nous avons tenté d'étayer l'élaboration conjointe d'une nouvelle intervention destinée aux aînés inactifs vivant dans la collectivité et qui soit principalement axée sur le palier 1 de l'approche par paliers.

**Méthodologie.** Nous avons mené une recherche systématique dans six bases de données (MEDLINE, PsycInfo, CINAHL, Cochrane CENTRAL, SPORTDiscus et Scopus).

**Résultats.** Après élimination des doublons, 3 427 références ont fait l'objet d'un tri basé sur le titre et le résumé. Par la suite, 14 articles (représentant 17 groupes d'intervention) ont été retenus après lecture du texte complet. Sur ces articles, cinq portaient sur des essais contrôlés randomisés, trois visaient à comparer deux interventions et six étaient des études à groupe unique. Les échantillons de départ étaient composés de 9 à 176 participants, pour un total de 617 aînés. L'âge moyen des échantillons variait entre 64,3 (écart-type [ET] 3,8) et 85,1 (ET 6,2) ans, tandis que la durée des interventions allait de moins de une journée à six mois. Les interventions destinées à réduire le temps de sédentarité étaient bien acceptées : la plupart des études présentaient un taux d'achèvement supérieur à 80 %. D'après les résultats des comparaisons intragroupes, la moitié des études ont révélé une réduction du temps de sédentarité (6 groupes sur 12) et la moitié ont montré une augmentation de l'activité physique (6 groupes sur 12). D'après les résultats des comparaisons intergroupes, 2 groupes d'intervention sur 5 ont présenté une amélioration des résultats en matière de temps passé en position assise et d'activité physique par rapport aux groupes témoins. La satisfaction à l'égard des interventions et l'adhésion à celles-ci étaient généralement élevées.

**Conclusion.** Les interventions visant à réduire le temps de sédentarité chez les aînés sont prometteuses et semblent indiquer que plusieurs composantes pourraient être incluses dans une intervention axée sur le palier 1 de l'approche par paliers.

### Rattachement des auteurs :

1. Université Ontario Tech, Oshawa (Ontario), Canada
2. Université de Windsor, Windsor (Ontario), Canada
3. Division de la médecine gériatrique, Département de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
4. Section de la médecine gériatrique, Département de médecine, Réseau de la santé Sinai et des hôpitaux du Réseau universitaire de santé de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
5. Institut national sur le vieillissement, Université métropolitaine de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. Institute for Physical Activity and Nutrition, Université Deakin, Melbourne (Victoria), Australie
7. Baker Heart and Diabetes Institute, Melbourne (Victoria), Australie
8. Laboratoire d'exercice cardiométabolique et de style de vie, Université du Nouveau-Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick), Canada
9. Université de Lethbridge, Lethbridge (Alberta), Canada

Correspondance : Shilpa Dogra, Université Ontario Tech, 2000, rue Simcoe Nord, Oshawa (Ontario) L1G 0C5; tél. : 905-721-8668; courriel : [Shilpa.Dogra@ontariotechu.ca](mailto:Shilpa.Dogra@ontariotechu.ca)



### Points saillants

- Les interventions ciblant les comportements sédentaires chez les aînés vivant dans la collectivité ont reçu un accueil favorable et sont associées à de bons taux d'adhésion, d'acceptabilité et d'achèvement.
- Selon les recherches menées dans le passé, il pourrait être nécessaire d'envisager plusieurs composantes lors de la création conjointe d'une intervention de réduction des comportements sédentaires visant spécifiquement les aînés.
- Pour soutenir l'élaboration de nouvelles interventions, les chercheurs doivent faire preuve d'une plus grande cohérence lorsqu'ils rendent compte des techniques de changement de comportement intégrées à leurs interventions.

**Mots-clés :** temps de sédentarité, position assise, inactivité physique, changement de comportement, stratégies d'intervention, conception d'interventions

## Introduction

Les aînés (c.-à-d. les personnes de 65 ans et plus) sont le groupe de la population qui affiche le taux d'activité physique déclaré le plus faible et le volume de temps de sédentarité le plus grand<sup>1,2</sup>. Selon les données mesurées par appareil dans différents pays, les aînés cumulent en moyenne neuf heures de temps sédentaire (pendant les heures d'éveil) par jour<sup>3</sup>. Ce volume élevé de temps de sédentarité est associé à une détérioration de résultats importants en matière de santé, par exemple en matière de fonctionnement physique, de fonctions cognitives, de santé mentale, de qualité du sommeil et d'engagement social<sup>4,5</sup>.

Les recherches montrent qu'il faut un volume élevé d'activité physique d'intensité modérée (de 60 à 75 minutes par jour) pour contrer les effets néfastes de la sédentarité<sup>6</sup>. Malheureusement, la proportion d'aînés qui respectent les recommandations minimales de pratique d'activité physique (150 minutes par semaine) n'est que de 5 % à 20 %<sup>1</sup>; pire encore, ces recommandations sont bien en deçà du volume d'activité physique nécessaire pour contrecarrer les effets de la sédentarité. Au cours des dernières décennies, les niveaux d'activité physique sont généralement restés stables<sup>7</sup>, ce qui indique que les efforts visant à accroître l'activité physique chez les aînés ont été peu fructueux. Il est donc urgent de disposer de nouvelles approches pour aider la population croissante d'aînés à intégrer le mouvement dans leur vie.

Dans des travaux antérieurs, nous avons émis l'hypothèse que le peu de succès rencontré par les interventions visant à accroître la participation à l'activité physique pourrait être attribuable à l'ampleur de l'objectif fixé au départ<sup>4</sup>. Concrètement, il pourrait être prudent de commencer par des objectifs plus modestes et plus réalisables en lien avec le mouvement de façon à amener la personne à cheminer vers un mode de vie actif au moyen d'une approche progressive. Dans le cadre de l'« approche par paliers » que nous avons proposée dans le passé, nous mettons d'abord l'accent sur la réduction du temps de sédentarité en encourageant la personne à diminuer le temps total qu'elle passe en position assise et à interrompre plus souvent les périodes assises (p. ex. augmentation du nombre de transitions assis-debout; palier 1), puis nous passons

à la pratique d'activité physique de faible intensité (palier 2) avant de viser la pratique d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse (paliers 3 et 4)<sup>4</sup>.

Cette approche se distingue des stratégies précédentes, qui ciblaient ces comportements de mouvement soit séparément soit simultanément plutôt que d'utiliser une démarche séquentielle ou progressive. Les aînés qui présentent des limitations fonctionnelles ou des problèmes de santé multiples risquent ne pas être en mesure de commencer par la pratique d'activité physique. Il pourrait de ce fait être plus prudent de commencer par l'atteinte d'objectifs liés au temps de sédentarité.

Le fait de passer moins de temps dans des comportements sédentaires peut avoir des effets bénéfiques sur la santé. Par exemple, une étude menée auprès d'aînés (âge moyen : 73,3 ans, écart-type [ET] : 5,9 ans) a révélé une association significative entre, d'une part, les interruptions des périodes de comportement sédentaire et, d'autre part, le score au test de flexion des avant-bras, le score au test du lever de chaise et le score composite de fonction physique, même après ajustement pour l'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse et le temps total de sédentarité<sup>8</sup>. Ces résultats confirment l'importance d'insister sur le fait que la réduction du temps passé en position assise (palier 1) devrait être considérée comme une réussite même si la personne ne parvient pas à augmenter son niveau d'activité physique de façon à respecter les niveaux recommandés. Par ailleurs, l'atteinte de l'objectif initial consistant à réduire les périodes de sédentarité entraînerait des gains économiques considérables. En effet, au Canada, il a été estimé qu'une baisse de 10 % des comportements sédentaires excessifs (de 87,7 % à 77,7 %) permettrait des économies de coûts d'environ 219 millions de dollars canadiens par année<sup>9</sup>.

L'approche traditionnelle consistant à miser sur l'activité physique a mené à l'élaboration d'une multitude de programmes communautaires à l'intention des aînés<sup>10-12</sup>. On observe toutefois un manque flagrant de programmes offerts aux aînés vivant dans la collectivité qui ont besoin d'interventions axées sur le palier 1 avant de passer, s'il y a lieu, aux paliers 2 à 4. Afin de documenter la conception d'une intervention destinée aux aînés vivant dans la collectivité et centrée sur le palier 1, nous

avons effectué une recherche et une revue systématiques de la littérature<sup>13</sup>. Ce type de revue « combine les points forts de l'examen critique à un processus de recherche exhaustif » [traduction] et permet de produire une « synthèse des meilleures données probantes » [traduction] disponibles sur un sujet donné<sup>13,p.95</sup>.

Dans les revues qui ont été faites à propos d'interventions destinées à réduire le temps de sédentarité chez les aînés, les auteurs ont exclu les aînés présentant des problèmes de santé courants (p. ex. accident vasculaire cérébral)<sup>14</sup>, ont concentré principalement leurs travaux sur les marqueurs de la santé cardiométabolique<sup>15</sup> ou ont inclus des aînés actifs au début de l'étude<sup>16</sup>. Notre approche est axée sur les aînés inactifs et sédentaires qui vivent dans la collectivité, et notre intention a été de recueillir des données susceptibles d'orienter l'élaboration d'une intervention utilisable au sein de cette vaste population. De ce fait, cette revue vise à faire la synthèse des connaissances provenant d'interventions destinées à réduire le temps de sédentarité chez les aînés inactifs qui vivent dans la collectivité (quels que soient leur état de santé et leur autonomie fonctionnelle) afin d'étayer la mise au point d'une intervention progressive de changement de comportement.

## Méthodologie

Le protocole d'étude a été enregistré auprès de l'Open Science Framework<sup>17</sup>. Nous avons utilisé la liste de contrôle PRISMA pour veiller à ce que les résultats de la revue soient présentés comme il se doit (la liste est disponible sur demande auprès des auteurs)<sup>18</sup>.

### Critères d'admissibilité

Les études ont été considérées comme admissibles si elle respectaient les critères suivants : 1) les participants étaient âgés de 60 ans ou plus; 2) les participants vivaient dans la collectivité; 3) les participants étaient décrits comme étant sédentaires ou inactifs au début de l'étude selon les auteurs de l'étude ou conformément aux critères d'admissibilité d'après le mouvement autoévalué ou mesuré par un appareil; 4) l'intervention à l'étude était une intervention de changement de comportement; 5) l'intervention était offerte en milieu communautaire.

Les études qui répondaient aux critères suivants ont été exclues de la revue : 1) études portant sur un programme d'exercice supervisé en laboratoire ou en gymnase; 2) études qualitatives seulement; 3) études visant uniquement à évaluer des résultats liés à la santé et ne mesurant pas la sédentarité (temps ou comportements); 4) protocoles; 5) éditoriaux ou articles d'opinion; 6) résumés de congrès; 7) mémoires; 8) articles rédigés dans une langue qu'aucun membre de l'équipe ne maîtrise suffisamment pour pouvoir en faire la lecture (c.-à-d. articles rédigés dans une langue autre que l'anglais, l'hindi et le grec). Les études d'intervention non randomisées ont été incluses dans la revue si elles respectaient tous les critères d'inclusion et qu'elles ne répondaient à aucun critère d'exclusion.

### Sources d'information

Une bibliothécaire en sciences de la santé a effectué une recherche systématique dans les bases de données bibliographiques suivantes : 1) Ovid MEDLINE (de 1946 au 13 juin 2023); 2) EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text (de 1937 au 14 juin 2023); 3) EBSCOhost SPORTDiscus (de la date de création de la base de données au 14 juin 2023); 4) ProQuest APA PsycInfo (de la date de création de la base de données au 14 juin 2023); 5) EBM Reviews – Cochrane Central Register of Controlled Trials (de la date de création de la base de données à mai 2023); 6) Scopus (de la date de création de la base de données à juin 2023).

### Stratégie de recherche

Les recherches ont été effectuées le 14 juin 2023. La bibliothécaire (MCT) a élaboré la stratégie de recherche MEDLINE en consultation avec l'équipe. La stratégie de recherche MEDLINE a été vérifiée par un pair chercheur expert par l'entremise du forum PRESS (Peer Review of Electronic Search Strategies), révisée en fonction des commentaires reçus et adaptée à chaque base de données bibliographique incluse. Les stratégies de recherche ont combiné les vedettes-matière pertinentes (p. ex. Medical Subject Headings [MeSH]) et les mots clés applicables aux concepts entourant les aînés et la réduction du temps de sédentarité. Aucune limite n'a été appliquée en ce qui concerne la langue, la date et le modèle d'étude. Les résultats des recherches dans les bases de données ont été importés dans Covidence<sup>19</sup> pour éliminer les doublons et trier.

### Processus de sélection

Les publications ont fait l'objet d'un tri basé sur le titre et le résumé en mode à deux évaluateurs dans Covidence. Toutes les références ont fait l'objet d'une première évaluation et d'un premier vote par une chercheuse (KK), puis par un vote des trois autres membres de l'équipe de recherche. Les désaccords ont été résolus par SD. Pour ce qui est du tri basé sur le texte complet, deux chercheuses (SD et KK) ont passé en revue les articles pour déterminer leur admissibilité, et les éventuels désaccords ont été résolus par discussion.

### Démarche de collecte des données

Pour chaque étude, les données ont été extraites manuellement par KK. Une seconde chercheuse (SD) a vérifié l'ensemble des données contenues dans le tableau d'extraction. Les données destinées à l'élaboration de nos tableaux ont été soumises de nouveau à un processus d'extraction et de vérification mené à bien par KK.

### Données

Les données suivantes ont été extraites des études : 1) numéro d'identification de l'étude; 2) titre; 3) but de l'étude; 4) pays; 5) modèle de l'étude; 6) groupe témoin/groupe de comparaison; 7) caractéristiques/données démographiques de l'échantillon; 8) critères d'inclusion; 9) critères d'exclusion; 10) méthode de recrutement; 11) description de l'intervention; 12) types de techniques de changement de comportement utilisées; 13) principaux résultats d'intérêt; 14) autres résultats; 15) taille de l'échantillon au début de l'étude et après l'intervention; 16) abandons et motifs d'abandon; 17) blessures/événements indésirables signalés; 18) pourcentage de participants ayant pris part à l'intervention jusqu'au bout; 19) participation; 20) observance/adhésion; 21) principales constatations; 22) conclusions générales; 23) limites; 24) points forts; 25) observations tirées de l'analyse.

Les données se rapportant aux principaux résultats (changements dans les comportements liés au mouvement, adhésion et observance) ont été identifiées et extraites. Pour les changements dans le temps passé en position assise, les unités de mesure utilisées étaient les suivantes : temps total de sédentarité (minutes par jour), interruptions des périodes de comportements

sédentaires (nombre par jour), transitions assis-debout (nombre par jour) ou périodes de sédentarité (nombre par jour ou minutes par jour). En ce qui concerne les changements dans l'activité physique, les unités de mesure utilisées étaient les suivantes : pas (nombre par jour), ou encore marche, activité physique de faible intensité, activité physique d'intensité modérée ou activité physique d'intensité vigoureuse (minutes par jour). Lorsque les comportements liés au mouvement n'étaient pas mesurés à l'aide d'appareils, les données déclarées par les participants ont été extraites. Le pourcentage de participants ayant pris part à l'intervention jusqu'au bout a été calculé comme suit :  $n$  au début de l'étude /  $n$  au terme de l'étude  $\times 100$ . Pour pouvoir déterminer les composantes essentielles des interventions, nous avons également extrait les données sur les théories de changement de comportement, les techniques de changement de comportement et les caractéristiques des interventions utilisées dans les études.

### Évaluation du risque de biais des études

Selon la liste de vérification du Scottish Intercollegiate Guidelines Network applicable aux essais contrôlés randomisés, la qualité globale d'une étude peut être classée comme étant élevée, acceptable, faible ou inacceptable<sup>20</sup>. L'évaluation de la qualité repose sur 10 éléments, et l'accent est mis sur la randomisation et les méthodes de randomisation utilisées. Étant donné que notre revue porte sur des interventions de changement de comportement et sur des résultats qui ont trait à la participation, les aspects de la randomisation tels que la dissimulation et l'insu n'étaient pas applicables et, dans certains cas, la validité et la fiabilité de l'outil n'étaient pas non plus applicables. L'évaluation du risque de biais a donc été fondée sur le modèle de l'étude : les essais contrôlés randomisés ont été considérés comme de qualité supérieure, et les essais contrôlés non randomisés, comme de qualité inférieure. Pour les besoins de classification de notre revue, les essais contrôlés randomisés n'incluent pas les études randomisées dans lesquelles il y avait comparaison de deux interventions ciblant les comportements sédentaires.

## Résultats

### Sélection des études

Le processus de recherche dans les bases de données bibliographiques a permis de

trouver 5414 références, soit 3427 références après élimination des doublons (figure 1). À l'étape du tri basé sur le titre et le résumé, les motifs d'exclusion ont été les suivants : ni le temps de sédentarité ni les comportements sédentaires ne faisaient partie des résultats d'intérêt de l'étude; l'étude portait d'abord et avant tout sur une intervention sous forme d'exercice; l'étude n'était pas une étude d'intervention; la population de l'échantillon de l'étude était âgée de moins de 60 ans. Aucune référence supplémentaire n'a été trouvée dans d'autres sources. Après étude du texte complet des références, nous avons conservé quatorze articles au total pour cette revue. Ces quatorze articles portent sur dix-sept groupes d'intervention, car, dans trois des articles, les auteurs ont présenté les données se rapportant à deux groupes d'intervention<sup>21-23</sup>. Dans le cas de l'article de Tosi et ses collaborateurs, le groupe « témoin » a été comptabilisé comme un groupe d'intervention pour les besoins de notre revue, étant donné que les participants de ce groupe ont été exposés à une intervention ciblant les comportements sédentaires sous forme d'éducation<sup>23</sup>.

### Caractéristiques des études

Les caractéristiques de chaque étude sont présentées dans le tableau 1. Sur les quatorze études, cinq étaient des essais contrôlés randomisés<sup>21,24-27</sup>, trois portaient sur les effets de deux interventions au sein de deux groupes<sup>22,23,28</sup> et six étaient des études d'intervention de type avant-après à groupe unique (et donc sans groupe témoin)<sup>29-34</sup>. Les échantillons (groupes d'intervention) de départ étaient composés de 9 à 176 participants, pour un total de 617 aînés pour l'ensemble des études. L'âge moyen des participants variait entre 64,3 (ET 3,8) et 85,1 (ET 6,2) ans dans l'ensemble des études. Six des études avaient pour objectif principal d'évaluer la faisabilité de l'intervention<sup>21,24,29,31-33</sup>.

### Résultats des études individuelles

#### Changements dans les comportements liés au mouvement

Le temps de sédentarité a été mesuré par appareil dans la majorité (n = 12) des études; en effet, seules deux études étaient fondées uniquement sur des données autodéclarées pour la mesure du temps passé en position assise<sup>25,33</sup>. Dans les études menées par Burke et ses collaborateurs ainsi que par Matei et ses collaborateurs,

les deux équipes de recherche ont eu recours au questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire); Matei et ses collaborateurs ont également fait appel à un second outil de mesure du temps passé en position assise, soit l'outil MOST (Measurement of Older Adults' Sitting Time). Dans les deux cas, il a été établi que l'instrument de mesure est fiable et valide pour une utilisation chez les aînés<sup>35,36</sup>. Les changements dans les comportements liés au mouvement présentés ci-après reposent sur les résultats statistiques publiés dans les études. Lorsqu'une étude faisait état de changements, l'intervention a été considérée comme fructueuse.

Comme l'illustre le tableau 2, parmi les douze groupes au sein desquels les changements dans le temps de sédentarité ont été mesurés et rapportés, six groupes présentaient des changements intragroupes significatifs et les six autres groupes n'en présentaient pas; pour cinq groupes, aucune analyse statistique intragroupe n'a été réalisée après l'intervention. Les analyses intragroupes ont révélé une amélioration de l'activité physique dans six études.

En ce qui concerne les résultats des groupes d'intervention comparés aux résultats des groupes témoins (analyse intergroupe) dans le cadre des ECR (données non présentées), seules deux des cinq études ont fait état de changements dans les mesures du temps de sédentarité en faveur des groupes d'intervention<sup>25,27</sup>. Burke et ses collaborateurs ont montré, par une analyse de régression, qu'il y avait eu une diminution significative du temps passé en position assise chez le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin (coefficient : -0,215, intervalle de confiance [IC] : -0,312 à -0,117;  $p < 0,001$ ), tandis que Rosenberg et ses collaborateurs ont révélé une différence de variation moyenne de -58 minutes par jour (IC à 95 % : -100,3 à -15,6;  $p = 0,007$ ) pour le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin. Une amélioration de l'activité physique a été rapportée dans deux études seulement<sup>21,25</sup>. Blair et ses collaborateurs ont indiqué que le groupe d'intervention B avait augmenté les périodes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse respectant les recommandations comparativement au groupe témoin (16,6 minutes par 15 heures d'éveil, IC à 95 % : 4,1 à 29;  $p < 0,05$ ). L'analyse de régression réalisée par Burke et ses collaborateurs a permis de constater une

augmentation significative de la participation aux exercices de renforcement (coefficient : 1,075, IC à 95 % : 0,559 à 1,591;  $p < 0,001$ ), à la marche (coefficient : 0,909, IC à 95 % : 0,094 à 1,724;  $p = 0,029$ ) et à l'activité physique d'intensité vigoureuse (coefficient : 0,664, IC à 95 % : 0,128 à 1,199;  $p < 0,015$ ) chez le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.

#### Participation à l'intervention

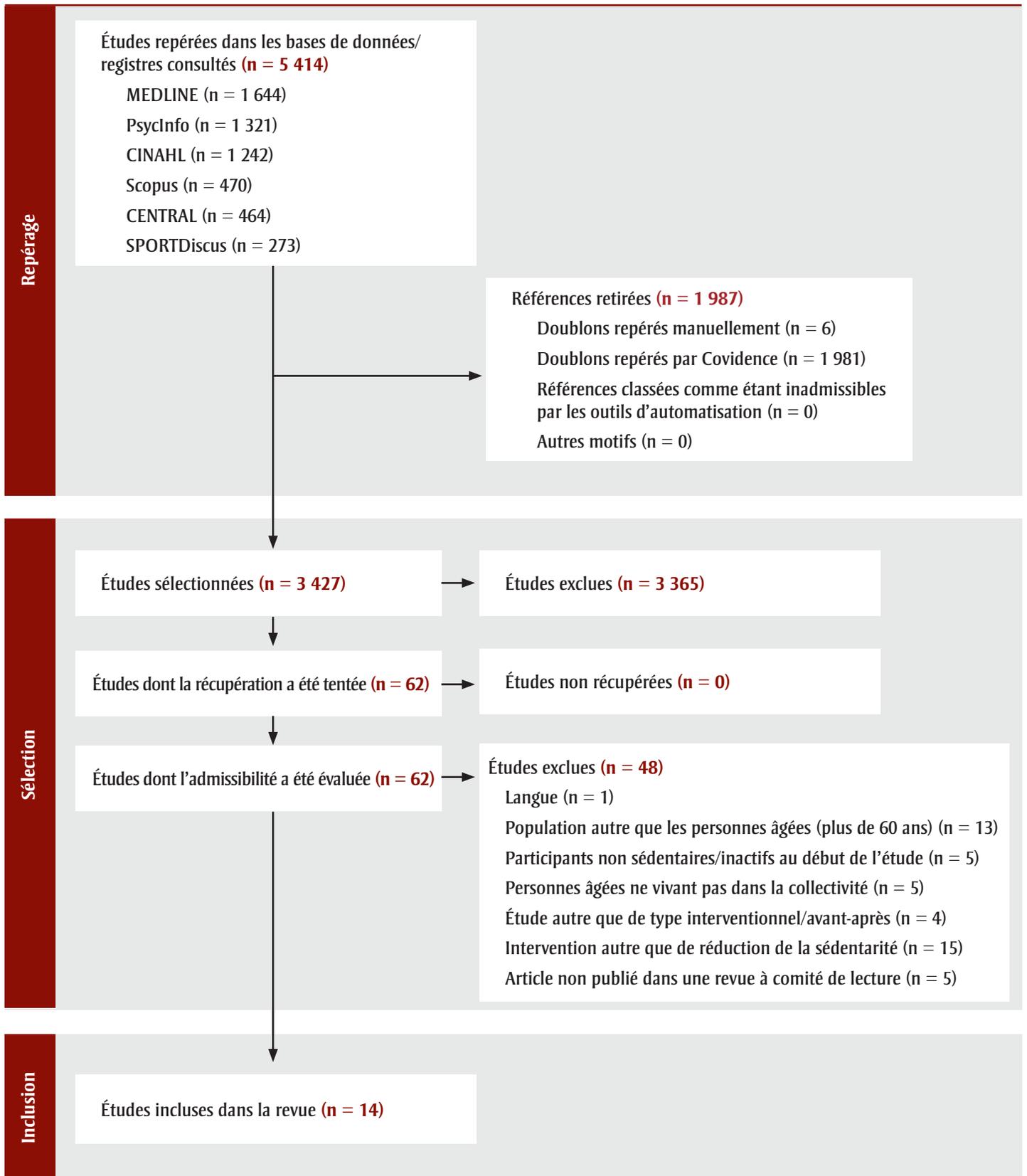
Le nombre de participants ayant pris part à l'intervention jusqu'au bout était généralement élevé : en effet, seules trois études ont rapporté des taux d'achèvement inférieurs à 80 %<sup>21,25,34</sup>. Comme l'illustre le tableau 3, les cotes de satisfaction, les taux d'adhésion à l'intervention et les taux d'engagement futur étaient eux aussi généralement élevés. Le terme « engagement futur » sert à décrire les réponses positives que les participants ont fournies aux questions sur la probabilité qu'ils poursuivent l'intervention, même en partie, une fois l'étude terminée, ou qu'ils la recommandent à d'autres personnes.

#### Composantes de l'intervention

Les auteurs de la plupart des études (11 sur 14) ont indiqué avoir eu recours à au moins une théorie de changement de comportement pour mettre au point leur intervention. Parmi les théories employées figurent la théorie sociale cognitive<sup>21,25,27,31,34</sup>, la théorie de l'autodétermination<sup>24,32</sup>, la théorie de formation des habitudes<sup>33</sup>, la théorie écologique<sup>27,30</sup>, la théorie du choix comportemental<sup>31</sup> et la théorie de l'autorégulation<sup>22</sup>. Alors que notre objectif initial était d'extraire des données sur les techniques de changement de comportement appliquées dans le cadre des études, il nous a été impossible d'extraire des données exactes puisque les appellations utilisées variaient d'une étude à l'autre, que les auteurs ont indiqué les principales techniques employées seulement (sans nommer précisément les composantes de l'intervention) ou que les techniques n'étaient tout simplement pas mentionnées ou décrites.

Compte tenu des limites associées à l'analyse des techniques de changement de comportement, nous avons choisi de nous concentrer sur les composantes des interventions. Le tableau 4 présente un résumé des différentes composantes mises à l'essai dans les études. Nous avons recensé à la fois les composantes des interventions « fructueuses » et les composantes des

FIGURE 1  
Diagramme du processus de recherche PRISMA<sup>18</sup>



**TABEAU 1**  
**Caractéristiques et conclusions des études incluses**

Étude; lieu	Caractéristiques des participants	Modèle d'étude	Durée de l'intervention	Principaux objectifs de comportements liés au mouvement	Mesure des comportements liés au mouvement	Conclusion
<b>Aunger 2020; Dudley, Royaume-Uni</b>	n = 24 (14 F, 10 H); âge : 73,3 (ET 5,6) ans; population en attente d'une opération	ECR; 2 groupes	8 semaines	Réduire le TS au moyen de consultations personnalisées	TS (données mesurées par un appareil et autodéclarées)	L'intervention était faisable, sous réserve de modifications.
<b>Blair 2021 (A + B); Albuquerque, États-Unis</b>	A : groupe bénéficiant d'un soutien technique : n = 18 (8 F, 10 H); âge : 69,6 (ET 4,5) ans; B : groupe bénéficiant d'un soutien technique et d'un encadrement en santé : n = 18 (12 F, 6 H); âge : 69,1 (ET 4,0) ans; survivants du cancer	ECR; 3 groupes (2 groupes d'intervention et 1 groupe témoin)	13 semaines	Réduire le TS grâce à la position debout (les participants recevaient un rappel après chaque période de 60 minutes passée en position assise prolongée; l'intervalle était raccourci progressivement pour atteindre 30 minutes) et grâce au mouvement (les participants devaient faire 1 000 pas de plus par jour qu'au début de l'étude; le nombre de pas de plus à faire par jour était augmenté progressivement pour atteindre 3 000)	TS et AP (données mesurées par un appareil)	L'intervention était faisable et acceptable; il n'y a eu aucune diminution du TS ni aucune augmentation des interruptions des périodes de sédentarité.
<b>Burke 2013; Perth, Australie</b>	n = 176 (83 F, 93 H); âge : 65,8 (ET 3,0) ans	ECR; 2 groupes (groupe d'intervention et groupe témoin)	6 mois	Objectifs personnalisés de réduction du TS/d'augmentation de l'AP	TS et AP (données autodéclarées)	L'intervention était faisable et a permis d'améliorer certains résultats en matière d'AP.
<b>Kleinke 2021; Greifswald, Allemagne</b>	n = 85 (50 F, 35 H); âge : 70,4 (ET 4,6) ans	ECR; 2 groupes	6 mois	Réduire le TS au moyen de lettres de rétroaction fondées sur les données recueillies par un moniteur d'activité physique	TS et AP (données mesurées par un appareil et autodéclarées)	L'intervention n'a pas permis de modifier les niveaux d'AP au sein d'un échantillon de personnes actives.
<b>Rosenberg 2020; Seattle, États-Unis</b>	Groupe d'intervention : n = 29 (20 F, 9 H); âge : 69 (ET 4,7) ans; IMC : 35,7 (ET 5,9) kg/m <sup>2</sup> ; groupe témoin : n = 31 (21 F, 10 H); âge : 67,8 (ET 5,2) ans; IMC = 35,1 (ET 3,7) kg/m <sup>2</sup>	ECR; 2 groupes (groupe d'intervention et groupe témoin)	12 semaines	Réduire le TS au moyen d'objectifs personnalisés qui visent à interrompre les périodes assises et à passer plus de temps debout ou en mouvement, l'objectif ultime étant de diminuer de 60 minutes par jour le temps passé en position assise	TS et AP (données mesurées par un appareil)	L'augmentation du temps passé debout a permis de réduire le temps passé en position assise.
<b>Barone Gibbs 2017; Pittsburgh, États-Unis</b>	n = 19 (14 F, 5 H); âge : 68,5 (ET 6,7) ans	Essai randomisé comparant 2 interventions	12 semaines	Réduire le TS d'une heure par jour au moyen de consultations personnalisées	TS et AP (données mesurées par un appareil et autodéclarées)	L'intervention peut favoriser l'augmentation de l'AP; le fait de cibler les CS peut avoir des avantages uniques à court terme (rendement fonctionnel).
<b>Compernelle 2020; Ghent, Belgique</b>	n = 28 (15 F, 13 H); âge : 64,3 (ET 3,8) ans	Étude à groupe unique	3 semaines	Réduire le TS au moyen de l'autosurveillance et de l'envoi de rappels indiquant aux participants de se lever après 30 minutes en position assise	TS et AP (données mesurées par un appareil)	L'intervention a été bien accueillie, mais elle n'a pas permis de réduire le temps passé en position assise.
<b>Fitzsimons 2013; Glasgow, Royaume-Uni</b>	n = 24 (10 F, 14 H); âge : 68 (ET 6) ans	Étude à groupe unique	2 semaines	Réduire le TS au moyen de consultations personnalisées	TS et AP (données mesurées par un appareil et autodéclarées)	L'intervention a permis de réduire le TS.

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Caractéristiques et conclusions des études incluses**

Étude; lieu	Caractéristiques des participants	Modèle d'étude	Durée de l'intervention	Principaux objectifs de comportements liés au mouvement	Mesure des comportements liés au mouvement	Conclusion
Gardiner 2011; Queensland, Australie	n = 59 (44 F, 15 H); âge : 74,3 (ET 9,3) ans	Étude à groupe unique	Une séance de 45 minutes	Réduire le TS au moyen de consultations personnalisées; amener les participants à se lever et à bouger après 30 minutes en position assise	TS et AP (données mesurées par un appareil)	Une brève intervention de changement de comportement peut entraîner une réduction du TS.
Koltyn 2019 (A + B); Madison (Wisconsin), États-Unis	A : étude 1 : n = 12 (10 F, 2 H); âge : 68,86 (ET 4,53) ans; B : étude 2 : n = 9 (7 F, 2 H); âge : 67,8 (ET 7,7) ans	2 études à groupe unique	4 semaines (étude 1) et 8 semaines (étude 2)	Étude 1 : se lever de 3 à 5 fois par jour, puis augmenter progressivement jusqu'à atteindre de 10 à 12 fois par jour  Étude 2 : les objectifs étaient semblables à ceux de l'étude 1, avec en plus un atelier d'appoint à 6 semaines	TS et AP (données mesurées par un appareil et autodéclarées)	L'intervention a eu des effets modérés sur la réduction du TS et l'augmentation de l'AP.
Lewis 2016; Adélaïde, Australie	n = 27 (17 F, 10 H); âge : 71,7 (ET 6,5) ans	Étude à groupe unique	6 semaines	Réduire le TS au moyen de consultations personnalisées; passer 15 minutes par jour en position debout la première semaine, puis augmenter progressivement jusqu'à atteindre 90 minutes par jour à la 6 <sup>e</sup> semaine en 6 étapes	TS et AP (données mesurées par un appareil et autodéclarées)	L'intervention était faisable et a permis de réduire le temps passé en position assise chez les aînés.
Matei 2015; Londres, Royaume-Uni	n = 23 (16 F, 7 H); âge : 66,9 (ET 4,2) ans	Étude à groupe unique	8 semaines	Réduire le TS en se levant pendant les pauses publicitaires et après chaque période de 20 minutes d'utilisation d'un ordinateur, et augmenter le niveau d'AP générale	CS et AP (données autodéclarées)	L'intervention était généralement acceptable, et les résultats ont montré une faible attrition et une adhésion modérée parmi les aînés sédentaires et inactifs.
Rosenberg 2015; Seattle, États-Unis	n = 23 (16 F, 7 H); âge : 71,4 (ET 6,4) ans; IMC : 34, intervalle : 27 à 47	Étude à groupe unique	8 semaines	Réduire le TS au moyen d'objectifs personnalisés; passer 2 heures de plus par jour en position debout et en mouvement, et augmenter de 15 le nombre quotidien de transitions assis-debout	TS et AP (données mesurées par un appareil et autodéclarées)	L'intervention était faisable et a permis de réduire le TS.
Tosi 2021 (A + B) <sup>a</sup> ; Sao Paulo, Brésil	A : groupe d'intervention : n = 21 (18 F, 3 H); âge : 82,9 (ET 6,8) ans; B : groupe témoin exposé à de l'éducation sur les CS : n = 22 (19 F, 3 H); âge : 85,1 (ET 6,2) ans; la majorité des participants présentaient plusieurs problèmes de santé chroniques et une fragilité	2 études à groupe unique [essai randomisé : 2 groupes (groupe d'intervention et groupe « témoin » exposé à de l'éducation sur les CS)]	16 semaines	A : réduire le TS au moyen d'exercices personnalisés à faire en position debout (jusqu'à concurrence de 30 minutes par jour); B : fournir des renseignements généraux sur les effets des CS sur la santé	TS (données mesurées par un appareil)	L'intervention a permis de réduire les CS, et les résultats ont montré une adhésion satisfaisante.

**Abréviations :** AP, activité physique; CS, comportement sédentaire; ECR : essai contrôlé randomisé; ET, écart-type; F, femme; H, homme; IMC, indice de masse corporelle; TS, temps de sédentarité (ou temps passé en position assise).

**Remarques :** Les études en caractères gras correspondent aux ECR; les lettres « A/B » sont utilisées pour différencier les groupes d'intervention lorsqu'une même étude en compte plusieurs.

<sup>a</sup> L'étude a été publiée en tant qu'ECR, mais, pour les besoins de cette revue, elle n'a pas été classée comme telle.

**TABEAU 2**  
**Changements dans les comportements liés au mouvement pour chaque groupe d'intervention**  
**(changements intragroupes, analyse avant-après)**

Étude	Changements dans le TS	Changements dans l'AP
Aunger 2020	X	X
Blair 2021 (A)	X	X
Blair 2021 (B)	X	Pas : 1 675,0 par jour APM : 15,2 min/jour Périodes d'APM respectant les recommandations : 16,7 min/jour <sup>a</sup>
Burke 2013	TS : -50,7 min/jour <sup>a</sup>	Marche : 7,9 % <sup>a</sup> APM : 11,9 % APV : 8,0 % <sup>a</sup> Exercices de renforcement : 20,5 % <sup>a</sup>
Kleinke 2021	X	X
Rosenberg 2020	n.d. <sup>a</sup>	n.d.
Barone Gibbs 2017	X	X
Compernelle 2020	X	X
Fitzsimons 2013	TS : -24 min/jour	Activités avec pas : 13 min/jour
Gardiner 2011	TS : -3,2 % TAD/jour : 4	APF : 2,2 % APMV : 1 %
Koltyn 2019 : A	n.d.	n.d.
Koltyn 2019 : B	n.d.	n.d.
Lewis 2016	TS : -51,5 min/jour TS (%) : -5,3 % Position assise ≥ 30 min : -53,9 min/jour Nombre de périodes ≥ 30 min : -0,8	X
Matei 2015	TS (IPAQ) : -150,8 min/jour TS (MOST) : -143,4 min/jour	Marche : 20,6 min/jour
Rosenberg 2015	TS : -27 min/jour TS (%) : -3 %	APF (% de la journée) : 3 % APMV : 3,7 min/jour
Tosi 2021 : A	n.d.	n.d.
Tosi 2021 : B	n.d.	n.d.

**Abréviations :** AP, activité physique; APF, activité physique de faible intensité; APM, activité physique d'intensité modérée; APMV, activité physique d'intensité modérée à vigoureuse; APV, activité physique d'intensité vigoureuse; IPAQ, International Physical Activity Questionnaire; min, minute; MOST, Measure of Older Adults' Sedentary Time; n.d., [analyse intragroupe] non disponible; TAD, transition assis-debout [ou interruption des périodes de sédentarité]; TS, temps de sédentarité [ou temps passé en position assise].

**Remarques :** Un « X » signifie qu'il n'y a eu aucun changement d'observé lors de l'analyse avant-après. Les lettres « A/B » sont utilisées pour différencier les groupes d'intervention lorsqu'une même étude en compte plusieurs. Les données sont fournies uniquement si les changements observés lors de l'analyse avant-après étaient statistiquement significatifs dans l'étude originale.

<sup>a</sup> Les changements rapportés pour le groupe d'intervention différaient grandement des changements signalés pour le groupe témoin (ECR seulement; en caractères gras dans la première colonne).

interventions « infructueuses ». La figure 2 montre le pourcentage d'études dans lesquelles les différentes composantes ont été utilisées. Nous avons divisé le nombre d'interventions fondées sur une composante en particulier par le nombre total d'interventions fructueuses ou infructueuses. Par exemple, dans sept des neuf groupes où des changements dans le temps de sédentarité ont été observés, les chercheurs ont eu recours à des rencontres individuelles afin de réduire le temps de sédentarité.

## Analyse

L'objectif de nos travaux était d'éclairer l'élaboration conjointe d'une nouvelle intervention fondée sur l'approche par paliers<sup>4</sup>. Nous avons pu constater qu'il existe plusieurs interventions faisables et acceptables qui visent à aider les aînés vivant dans la collectivité à réduire leur temps de sédentarité. Néanmoins, ces interventions n'ont eu qu'une incidence limitée sur les comportements liés au mouvement. Parmi les études de qualité supérieure (ECR), les

résultats de la comparaison entre les groupes ont montré un changement dans les comportements liés au mouvement dans seulement deux études sur cinq et, du côté des études de qualité inférieure, les auteurs ont rapporté un changement dans le temps de sédentarité et l'activité physique dans la moitié des cas seulement. Notre revue a permis de recueillir des renseignements essentiels qui peuvent orienter la mise au point d'une nouvelle intervention ciblant les aînés inactifs qui vivent dans la collectivité.

**TABLEAU 3**  
Satisfaction à l'égard de l'intervention, adhésion et engagement futur

Étude	Participants ayant pris part à l'intervention jusqu'au bout (%)	Satisfaction/acceptabilité	Adhésion/engagement futur
Aunger 2020	87,5	Satisfaction autodéclarée (5 = très satisfait) : 4,5/5 (90 %)	Adhésion aux objectifs : 88 % Adhésion aux changements apportés à l'environnement : 52 % A atteint ou dépassé le nombre cible de pas : 42 % A pris part à l'intervention jusqu'au bout : 22 participants sur 24 (92 %)
Blair 2021 (A)	67,0	Acceptabilité : 93 % (27 sur 29) des participants ont répondu qu'ils étaient « d'accord » ou « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel la technologie leur a permis de prendre davantage conscience du temps qu'ils passent en position assise; 79 % (23 sur 29) des participants ont répondu qu'ils étaient « d'accord » ou « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel la technologie (moniteur et application) était facile à utiliser; 83 % (24 sur 29) des participants ont répondu qu'ils étaient « d'accord » ou « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel la technologie les a motivés à diminuer leur TS	A indiqué qu'il ou elle utiliserait la technologie (moniteur et application) dans le futur : 79 % des participants ont répondu « d'accord » ou « fortement d'accord » A porté le moniteur Jawbone : 100 % des participants ont répondu « très souvent » A consulté chaque jour l'application pour connaître le nombre de pas effectués : 79 % des participants ont répondu « très souvent » A consulté l'application pour connaître la durée de la plus longue période de sédentarité : 24 % des participants ont répondu « très souvent » ou « souvent » N'a pas tenu compte des vibrations émises par le moniteur pour lui rappeler de se lever : 21 % des participants ont répondu « très souvent », et 62 %, « parfois » A participé aux cinq appels : 93 %
Blair 2021 (B)	94,0		A utilisé le tableau d'exercices : 74 % A utilisé le tableau d'exercices pour faire les exercices recommandés : 62 % Le calendrier a rappelé de faire de l'AP : 66 % A utilisé le podomètre : 90 % A utilisé la bande élastique : 63 %
Burke 2013	71,0	A trouvé que le livret l'avait encouragé(e) à penser à faire de l'AP : 78 %	n.d.
Kleinke 2021	83,0	n.d.	n.d.
Rosenberg 2020	100,0	Satisfait/très satisfait : 92 %	n.d.
Barone Gibbs 2017	100,0	A déclaré avoir tiré des bienfaits du programme : 100 %	Continuerait certainement à appliquer le changement de comportement : 74 % A l'intention d'utiliser quotidiennement le brassard et l'interface : 61 % A déclaré porter le brassard quotidiennement : 84 %
Compernelle 2020	87,0	Sentiments positifs (motivation, surprise et intérêt) : 89 % L'intervention n'était ni intéressante ni utile : 11 %	Accès quotidien à l'application selon les données fournies par les participants : 57 % Utilisation quotidienne de l'application selon les données fournies par le système : 29 % Les participants accédaient plus souvent à l'application au début de l'intervention (3 à 4 fois par jour, semaines 1 et 2) qu'à la fin (1 à 1,5 fois par jour, semaines 20 et 21)
Fitzsimons 2013	100,0	n.d.	n.d.
Gardiner 2011	100,0	A attribué une cote de 8 ou plus pour ce qui a trait à la satisfaction à l'égard du programme (10 = extrêmement satisfait) : 97 %	n.d.
Lewis 2016	90,0	Satisfaction générale à l'égard du programme : 82 %	Recommanderait le programme : 82 % A atteint tous ses objectifs : 81 %
Matei 2015	85,0	n.d.	A retourné au moins 8 feuilles avec cases à cocher : 92 % Adhésion aux conseils : 58 %
Rosenberg 2015	69,4	Participants ayant pris part à l'intervention jusqu'au bout qui ont déclaré être « plutôt satisfaits » ou « très satisfaits » de l'intervention : 100 %	n.d.
Tosi 2021 (A)	81,0	82 % des participants ont adhéré au programme dans une mesure de plus de 70 %	n.d.
Tosi 2021 (B)	82,0	n.d.	n.d.

**Abréviations :** AP, activité physique; n.d., non disponible; TS, temps de sédentarité (ou temps passé en position assise).

**Remarques :** Les lettres « A/B » sont utilisées pour différencier les groupes d'intervention lorsqu'une même étude en compte plusieurs; les caractères gras correspondent aux ECR.

**TABEAU 4**  
**Composantes des interventions mises à l'essai dans les études incluses**

Étude	Rencontres individuelles	Rencontres de groupe	Visites à domicile	Courriels	Appels téléphoniques	Technologie prêt-à-porter	Documents papier	Application mobile	Courrier reçu/envoyé	Éducation (en personne)	Message clé/objectif global	Incitatifs
Aunger 2020	✓		✓		✓	✓	✓					
Blair 2021 (A)					✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Blair 2021 (B)					✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Burke 2013		✓		✓	✓	✓	✓				✓	✓
Kleinke 2021	✓					✓	✓		✓			
Rosenberg 2020	✓				✓	✓	✓		✓			
Barone Gibbs 2017	✓				✓	✓		✓			✓	
Compernelle 2020	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Fitzsimons 2013	✓					✓	✓					
Gardiner 2011	✓		✓			✓	✓		✓	✓	✓	
Koltyn 2019 (A)		✓				✓	✓			✓	✓	✓
Koltyn 2019 (B)		✓				✓	✓			✓	✓	✓
Lewis 2016	✓		✓		✓		✓					
Matei 2015	✓						✓					
Rosenberg 2015	✓				✓	✓	✓		✓			✓
Tosi 2021 (A)	✓				✓		✓					
Tosi 2021 (B)	✓											

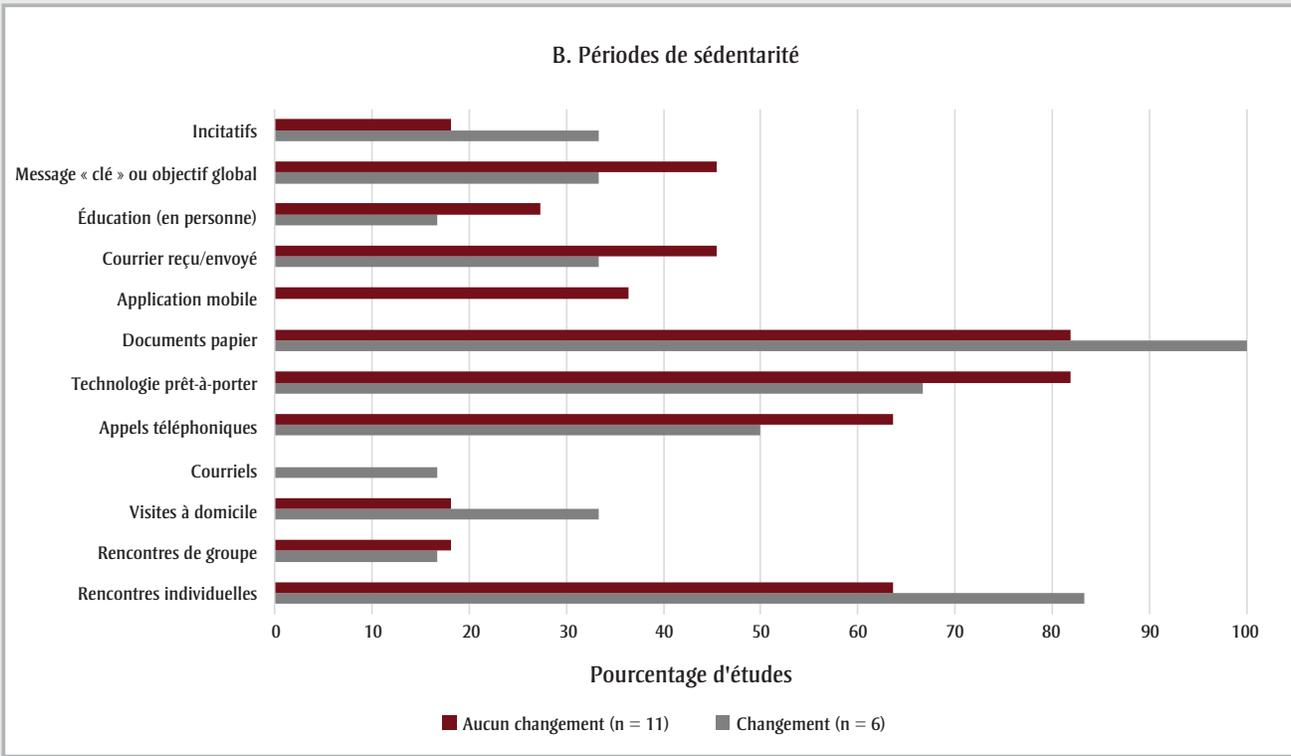
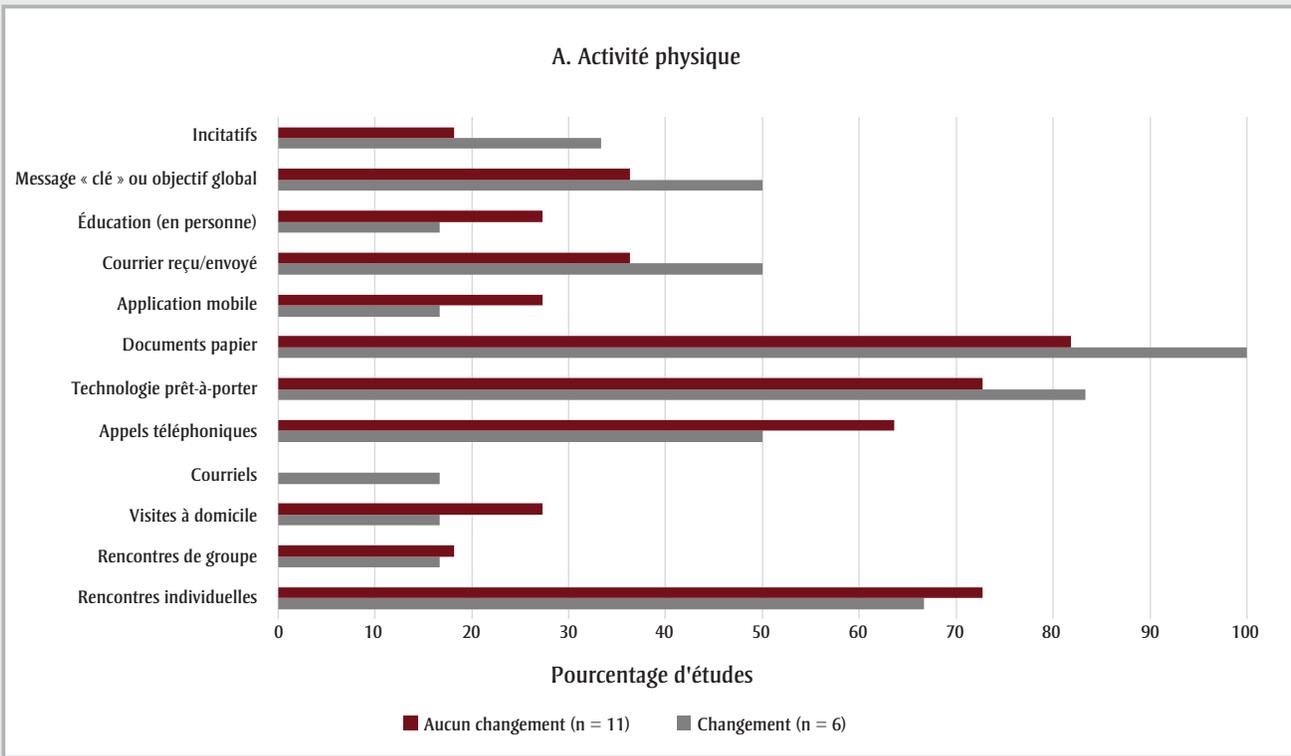
**Remarques :** Les lettres « A/B » sont utilisées pour différencier les groupes d'intervention lorsqu'une même étude en compte plusieurs. Rencontres individuelles : consultations en personne entre le participant et un responsable de l'étude. Rencontres de groupe : rencontres sous forme d'atelier animées par un responsable de l'étude. Visites à domicile : visites faites au domicile des participants par un responsable de l'étude pour les besoins de l'intervention (p. ex. pour l'évaluation). Courriels et appels téléphoniques : mode de communication utilisé pour l'évaluation, la prise de contact ou l'intervention proprement dite. Technologie prêt-à-porter : tout type d'appareil porté par les participants pour les besoins de l'intervention (p. ex. pour l'évaluation). Documents papier : tout document papier utilisé pour les besoins de l'intervention (p. ex. pour l'évaluation). Application mobile : application installée sur l'appareil mobile des participants et utilisée pour les besoins de l'intervention (p. ex. pour l'évaluation). Courrier reçu/envoyé : utilisation du courrier postal pour l'envoi de documents aux participants ou la réception de documents provenant des participants. Éducation (en personne) : utilisation de tout type de matériel d'éducation auprès des participants lors de consultations en personne. Message clé/objectif global : communication d'un message court et simple aux participants sur les objectifs globaux de l'intervention. Incitatifs : toute compensation monétaire remise aux participants. Les caractères gras correspondent aux ECR.

Les auteurs de la plupart des études incluses dans notre revue ont eu recours à une théorie de changement de comportement pour élaborer leur intervention et la théorie sociale cognitive est celle qui a été le plus souvent utilisée. Malgré l'absence de consensus sur la théorie de changement de comportement qui se prête le mieux à la réduction du temps passé en position assise, il est étonnant de constater qu'aucune équipe de recherche n'a

fondé son intervention sur le modèle socio-écologique, sachant pourtant que l'environnement influe sur le temps de sédentarité et l'activité physique<sup>37,38</sup>. Dans une revue menée par Heath et ses collaborateurs<sup>39</sup>, laquelle avait pour but de comprendre les leçons tirées de différentes interventions en matière d'activité physique fondées sur des données probantes, il a été noté que les approches stratégiques et environnementales étaient essentielles

à la conception des interventions. Il pourrait donc être important d'envisager l'utilisation d'un cadre plus global pour élaborer des interventions fructueuses. Par exemple, l'intervention « Stand When You Can » (littéralement « levez-vous quand vous en avez l'occasion »), qui ciblait les aînés vivant dans une résidence avec services d'assistance personnelle, repose sur un modèle socio-écologique et prévoyait l'intégration de signaux environnementaux

**FIGURE 2**  
**Pourcentage d'études dans lesquelles les différentes composantes des interventions ont été utilisées**



dans la résidence ainsi que la participation des membres du personnel à la création d'une culture du mouvement l'utilisation des stratégies de changement de comportement individuel<sup>40</sup>. Dans le cas des aînés qui vivent dans la collectivité, l'environnement varie grandement, et il a été démontré que celui-ci a une influence importante sur les comportements liés au mouvement chez les personnes de différentes cultures et de différents genres<sup>41</sup>.

Lors de l'extraction des données, nous avons également constaté que, dans bon nombre d'études, l'intervention était fondée sur plusieurs techniques de changement de comportement mais que ces techniques n'étaient pas toujours clairement indiquées ou nommées, ce qui a rendu difficile leur analyse dans l'ensemble des études. Il serait utile que les chercheurs emploient un langage universel pour désigner les techniques qui sous-tendent les interventions de changement de comportement qu'ils proposent, par exemple la taxonomie des techniques de changement de comportement élaborée par Michie<sup>42</sup>, afin que la comparaison et l'analyse des différentes interventions soit plus facile et que les futurs travaux de synthèse puissent tenir adéquatement compte de leurs effets.

Si plusieurs interventions ont été jugées faisables et acceptables par les participants, peu d'entre elles se sont traduites par des changements notables dans le temps de sédentarité. Fait intéressant à noter, de multiples interventions ont entraîné des changements dans les niveaux d'activité physique même si les efforts de changement de comportement portaient sur le temps de sédentarité. La plupart des interventions visaient à réduire le temps total de sédentarité avec, dans certains cas, l'objectif d'interrompre les périodes passées en position assise ou d'augmenter le temps passé en position debout. Il s'agit là d'une constatation intéressante à la lumière d'une méta-analyse qui a révélé que les interventions ciblant les comportements sédentaires menaient à des changements plus significatifs dans le temps de sédentarité que les interventions intégrant des composantes relatives à l'activité physique<sup>43</sup>. Il ne fait aucun doute que l'interaction entre les comportements liés au mouvement est complexe et qu'il faut y prêter une attention particulière au moment de concevoir les interventions. Les besoins spécifiques des aînés vivant dans la collectivité doivent également être pris en compte.

Par exemple, une grande proportion d'aînés sont atteints de maladies chroniques complexes, ce qui rend difficile la participation à des activités physiques d'un certain type et d'une certaine intensité. Ainsi, la mise au point d'interventions axées sur l'interruption des périodes de sédentarité pourrait être essentielle dans le cadre du palier 1 de l'approche par paliers<sup>44</sup>.

Les données sur l'acceptabilité, la satisfaction, l'adhésion et l'engagement futur montrent que les aînés adhèrent aux interventions ciblant les comportements sédentaires dans une large mesure et les perçoivent de façon positive. Dans certaines études, les chercheurs se sont penchés sur des composantes précises des interventions, et ils ont constaté que la technologie et l'électronique prêt-à-porter étaient généralement bien acceptés au sein de cette population. Cette observation concorde avec les résultats de travaux antérieurs, qui montrent une augmentation de l'utilisation et de l'acceptabilité des outils technologiques permettant de suivre l'activité physique chez les aînés, ce qui inclut les approches fondées sur la réalité virtuelle<sup>45</sup>.

En outre, il convient de noter que, selon les résultats de notre analyse préliminaire des composantes des interventions qui ont entraîné des changements dans le temps de sédentarité et l'activité physique, l'utilisation de la technologie prêt-à-porter et de carnets de travail pourrait être importante. Il pourrait aussi être important d'avoir recours aux rencontres individuelles, aux courriels et aux appels téléphoniques au sein de cette population, bien que de telles mesures exigent beaucoup de ressources et ne puissent pas toujours être appliquées à grande échelle.

Enfin, la communication des messages clés entourant les objectifs pourrait accroître le succès des interventions. Les messages suivants, qui sont tirés des interventions étudiées, en sont quelques exemples : « Chaque jour et tout au long de la journée, passez moins de temps assis et plus de temps debout, et bougez plus<sup>21</sup> » ; « Après 30 minutes consécutives en position assise, levez-vous et bougez<sup>31</sup> » ; « [I]nterrompez les périodes prolongées (une heure ou plus) passées en position assise en vous levant de 3 à 5 fois par jour et augmentez progressivement la cadence de façon à vous lever de 10 à 12 fois par jour à la 4<sup>e</sup> semaine<sup>22</sup> » [traduction libre].

L'inclusion de ces messages simples peut favoriser des changements significatifs aux premières étapes du processus de changement de comportement.

### Points forts et limites

L'un des points forts de cette revue est sa méthodologie rigoureuse, qui comprend entre autres le recours à une bibliothécaire scientifique et la consultation de plusieurs bases de données. En outre, nous avons trouvé un plus grand nombre d'études à inclure dans notre revue que prévu, ce qui nous a permis de fonder nos travaux sur un ensemble de données solide.

En revanche, il y a lieu d'interpréter les résultats de cette revue de la littérature à la lumière de plusieurs limites importantes. Premièrement, nous n'avons pas tenu compte des différences entre les sexes ou les genres dans notre analyse, ce qui est attribuable en partie au fait que, dans la grande majorité des études, les résultats n'étaient pas ventilés par sexe ou par genre. Il s'agit là d'un élément qu'il sera important de prendre en compte lors de la conception d'interventions futures, étant donné les différences connues entre les hommes et les femmes dans les préférences et les habitudes en matière de comportements liés au mouvement<sup>7,46,47</sup>. Dans le même ordre d'idées, il importe également de souligner que la diversité ethnique n'a pas été clairement abordée dans les études. Ainsi, d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre l'incidence du pays d'origine et de la culture sur la conception, la faisabilité et l'adoption de telles interventions.

Deuxièmement, nous n'avons pas été en mesure d'analyser les techniques de changement de comportement utilisées en raison d'incohérences dans la présentation des données. Même si de nombreux chercheurs ont clairement indiqué les principales techniques de changement de comportement qu'ils ont appliquées, il était parfois impossible d'établir quelles autres techniques avaient été employées pour diverses composantes des interventions (p. ex. carnets de travail). Il faudra d'autres études pour mieux comprendre les techniques de changement de comportement qui s'avèrent les plus efficaces auprès des aînés.

Troisièmement, il convient de noter que, bien que nous ayons tenté de réaliser une revue de la littérature la plus exhaustive

possible, nous n'avons pas inclus la littérature grise dans nos recherches. Il est donc possible que nous soyons passés à côté d'études pertinentes.

## Conclusion

Nous avons constaté que les interventions qui ont été menées dans le passé pour réduire le temps de sédentarité chez les aînés vivant dans la collectivité étaient bien acceptées, mais qu'elles ne permettaient pas toutes d'entraîner des changements de comportement. Néanmoins, la recherche et la revue systématiques que nous avons réalisées nous ont permis de dégager plusieurs constats intéressants qui peuvent orienter la conception d'une nouvelle intervention fondée sur des données probantes et sur l'approche par paliers. Il faut adopter une approche d'élaboration conjointe pour veiller à ce que le processus de conception de l'intervention tienne également compte des personnes qui bénéficieront de l'intervention et ainsi favoriser l'adhésion, la faisabilité, l'extensibilité et la mise en œuvre futures. Dans leurs futurs travaux portant sur les interventions axées sur les comportements sédentaires, il est recommandé que les chercheurs utilisent une taxonomie universelle des techniques de changement de comportement et ventilent leurs analyses par âge, par sexe et par genre afin d'étudier les éventuelles différences entre les hommes et les femmes.

## Remerciements

Nos travaux de recherche ont été financés par les Instituts de recherche en santé du Canada [numéro de subvention 17096].

Nous tenons à remercier Rogih Riad Andrawes, Roubir Riad Andrawes et Nicholas Udell pour leur participation à l'étude.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

KK : méthodologie, analyse formelle, enquête, curation des données, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, conception des figures et tableaux.

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

SH : conception, méthodologie, relectures et révisions.

SS : conception, méthodologie, relectures et révisions.

BK : conception, méthodologie, relectures et révisions.

DD : conception, méthodologie, relectures et révisions.

DB : conception, méthodologie, relectures et révisions.

JC : conception, méthodologie, relectures et révisions.

SD : conception, méthodologie, analyse formelle, enquête, ressources, curation des données, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, conception des figures et tableaux, supervision, administration du projet, acquisition du financement.

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

## Références

1. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. Activité physique des adultes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009. *Rapports sur la santé*. 2011;22(1):7-15.
2. Prince SA, Lang JJ, Colley RC, et al. Activités de musculation et d'amélioration de l'équilibre au Canada : historique des tendances et prévalence actuelle. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(5):231-245. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.5.01f>
3. Harvey JA, Chastin SF, Skelton DA. How sedentary are older people? A systematic review of the amount of sedentary behavior. *J Aging Phys Act*. 2015;23(3):471-487. <https://doi.org/10.1123/japa.2014-0164>
4. Dogra S, Copeland JL, Altenburg TM, Heyland DK, Owen N, Dunstan DW. Start with reducing sedentary behavior: a stepwise approach to physical activity counseling in clinical practice. *Patient Educ Couns*. 2022;105(6):1353-1361. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.019>
5. Copeland JL, Ashe MC, Biddle SJ, et al. Sedentary time in older adults: a critical review of measurement, associations with health, and interventions. *Br J Sports Med*. 2017;51(21):1539. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097210>
6. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016;388(10051):1302-1310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30370-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30370-1). Erratum in: *Lancet*. 2016;388(10051):e6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31677-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31677-4)
7. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
8. Sardinha LB, Ekelund U, dos Santos L, Cyrino ES, Silva AM, Santos DA. Breaking-up sedentary time is associated with impairment in activities of daily living. *Exp Gerontol*. 2015;72:278. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2015.10.010>
9. Chaput JP, Janssen I, Lang JJ, Sampasa-Kanyinga H. Economic burden of excessive sedentary behaviour in Canada. *Can J Public Health*. 2023;114(2):165-174. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00729-2>
10. Yan T, Wilber KH, Aguirre R, Trejo L. Do sedentary older adults benefit from community-based exercise? Results from the Active Start program. *Gerontologist*. 2009;49(6):847-855. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp113>

11. Oh SL, Kim DY, Bae JH, Lim JY. Effects of rural community-based integrated exercise and health education programs on the mobility function of older adults with knee osteoarthritis. *Aging Clin Exp Res.* 2021;33(11):3005-3014. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01474-7>
12. Fien S, Linton C, Mitchell JS, et al. Characteristics of community-based exercise programs for community-dwelling older adults in rural/regional areas: a scoping review. *Aging Clin Exp Res.* 2022;34(7):1511-1528. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02079-y>
13. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009;26(2):91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
14. Chastin S, Gardiner PA, Harvey JA, et al. Interventions for reducing sedentary behaviour in community-dwelling older adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;6(6):CD012784. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012784.pub2>
15. Hadgraft NT, Winkler E, Climie RE, et al. Effects of sedentary behaviour interventions on biomarkers of cardiometabolic risk in adults: systematic review with meta-analyses. *Br J Sports Med.* 2021;55(3):144-154. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101154>
16. Petrushevski C, Choo S, Wilson M, MacDermid J, Richardson J. Interventions to address sedentary behaviour for older adults: a scoping review. *Disabil Rehabil.* 2021;43(21):3090-3101. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1725156>
17. Dogra S, Katsoulis K, Tan MC. Informing the development of interventions for reducing sedentary time in community dwelling older adults: a systematic search and review. 2023. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KYSXT>
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
19. Covidence systematic review software. Melbourne (AU) : Veritas Health Innovation; 2023. [www.covidence.org](http://www.covidence.org)
20. Healthcare Improvement Scotland. Scottish Intercollegiate Guides Network: Checklists [Internet]. Edinburgh (SC): National Health Service Scotland; date unknown [consultation le 17 octobre 2024]. En ligne à : <https://www.sign.ac.uk/using-our-guidelines/methodology/checklists>
21. Blair CK, Harding E, Wiggins C, et al. A home-based mobile health intervention to replace sedentary time with light physical activity in older cancer survivors: randomized controlled pilot trial. *JMIR Cancer.* 2021;7(2):e18819. <https://doi.org/10.2196/18819>
22. Koltyn KF, Crombie KM, Brellenthin AG, et al. Intervening to reduce sedentary behavior in older adults - pilot results. *Health Promot Perspect.* 2019;9(1):71-76. <https://doi.org/10.1517/hpp.2019.09>
23. Tosi FC, Lin SM, Gomes GC, et al. A multidimensional program including standing exercises, health education, and telephone support to reduce sedentary behavior in frail older adults: randomized clinical trial. *Exp Gerontol.* 2021;153:111472. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111472>
24. Augner JA, Greaves CJ, Davis ET, Asamane EA, Whittaker AC, Greig CA. A novel behavioural INTERvention to REduce Sitting Time in older adults undergoing orthopaedic surgery (INTEREST): results of a randomised-controlled feasibility study. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(12):2565-2585. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01475-6>
25. Burke L, Lee AH, Jancey J, et al. Physical activity and nutrition behavioural outcomes of a home-based intervention program for seniors: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:14. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-14>
26. Kleinke F, Ulbricht S, Dorr M, Penndorf P, Hoffmann W, van den Berg N. A low-threshold intervention to increase physical activity and reduce physical inactivity in a group of healthy elderly people in Germany: results of the randomized controlled MOVING study. *PLOS ONE.* 2021;16(9):e0257326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257326>
27. Rosenberg DE, Anderson ML, Renz A, et al. Reducing sitting time in obese older adults: the I-STAND randomized controlled trial. *J Aging Phys Act.* 2020;28(6):864-874. <https://doi.org/10.1123/japa.2019-0470>
28. Barone Gibbs B, Brach JS, Byard T, et al. Reducing sedentary behavior versus increasing moderate-to-vigorous intensity physical activity in older adults. *J Aging Health.* 2017;29(2):247-267. <https://doi.org/10.1177/0898264316635564>
29. Compennolle S, Cardon G, van der Ploeg HP, et al. Engagement, acceptability, usability, and preliminary efficacy of a self-monitoring mobile health intervention to reduce sedentary behavior in Belgian older adults: mixed methods study. *JMIR mHealth uHealth.* 2020;8(10):e18653. <https://doi.org/10.2196/18653>
30. Fitzsimons CF, Kirk A, Baker G, Michie F, Kane C, Mutrie N. Using an individualised consultation and activePAL™ feedback to reduce sedentary time in older Scottish adults: results of a feasibility and pilot study. *Prev Med.* 2013;57(5):718-720. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.07.017>
31. Gardiner PA, Eakin EG, Healy GN, Owen N. Feasibility of reducing older adults' sedentary time. *Am J Prev Med.* 2011;41(2):174-177. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.03.020>
32. Lewis LK, Rowlands AV, Gardiner PA, Standage M, English C, Olds T. Small steps: preliminary effectiveness and feasibility of an incremental goal-setting intervention to reduce sitting time in older adults. *Maturitas.* 2016;85:64-70. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.014>
33. Matei R, Thuné-Boyle I, Hamer M, et al. Acceptability of a theory-based sedentary behaviour reduction intervention for older adults ('On Your Feet to Earn Your Seat'). *BMC Public Health.* 2015;15:606. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1921-0>

34. Rosenberg DE, Gell NM, Jones SM, et al. The feasibility of reducing sitting time in overweight and obese older adults. *Health Educ Behav.* 2015;42(5):669-76. <https://doi.org/10.1177/1090198115577378>
35. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35(8):1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
36. Gardiner PA, Clark BK, Healy GN, Eakin EG, Winkler EA, Owen N. Measuring older adults' sedentary time: reliability, validity, and responsiveness. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(11):2127-2133. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31821b94f7>
37. You Y, Chen Y, Zhang Q, et al. Systematic and meta-based evaluation of the relationship between the built environment and physical activity behaviors among older adults. *PeerJ.* 2023;11:e16173. <https://doi.org/10.7717/peerj.16173>
38. Stearns JA, Avedzi HM, Yim D, et al. An umbrella review of the best and most up-to-date evidence on the built environment and physical activity in older adults  $\geq 60$  years. *Public Health Rev.* 2023;44:1605474. <https://doi.org/10.3389/phrs.2023.1605474>
39. Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet.* 2012;380(9838):272-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)
40. Voss ML, Pope JP, Larouche R, Copeland JL. Stand When You Can: development and pilot testing of an intervention to reduce sedentary time in assisted living. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):277. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01647-z>
41. Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, Stathi A, Gardiner PA, Owen N. Active aging and public health: evidence, implications, and opportunities. *Annu Rev Public Health.* 2022;43:439-459. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-091107>
42. Michie S, Wood CE, Johnston M, Abraham C, Francis JJ, Hardeman W. Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technol Assess.* 2015;19(99):1-188. <https://doi.org/10.3310/hta19990>
43. Prince SA, Saunders TJ, Gresty K, Reid RD. A comparison of the effectiveness of physical activity and sedentary behaviour interventions in reducing sedentary time in adults: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Obes Rev.* 2014;15(11):905-919. <https://doi.org/10.1111/obr.12215>
44. Lewis BA, Napolitano MA, Buman MP, Williams DM, Nigg CR. Future directions in physical activity intervention research: expanding our focus to sedentary behaviors, technology, and dissemination. *J Behav Med.* 2017;40(1):112-126. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9797-8>
45. Corregidor-Sánchez AI, Segura-Fragoso A, Rodríguez-Hernández M, Jiménez-Rojas C, Polonio-López B, Criado-Álvarez JJ. Effectiveness of virtual reality technology on functional mobility of older adults: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2021;50(2):370-379. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa197>
46. Kehler DS, Clara I, Hiebert B, et al. Sex-differences in relation to the association between patterns of physical activity and sedentary behavior with frailty. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020;87:103972. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103972>
47. Dogra S, Clarke JM, Copeland JL. Périodes d'activités sédentaires prolongées et condition physique chez les hommes et les femmes canadiens de 60 à 69 ans. *Rapports sur la santé.* 2017;28(2):3-11.

# Exposé de politique fondé sur des données probantes

## Cadre conceptuel pour le suivi des méfaits liés aux substances effectué par les autorités de santé publique

Heather M. Orpana, Ph. D. (1,2); Aganeta Enns, Ph. D. (1); Megan Striha, M.S.P. (1); Diana George, M. Sc. (1); Abban Yusuf, M.S.P. (1); Stephanie L. Hughes, Ph. D. (1); Le Li, MMath (1); Laura H. Thompson, Ph. D. (1)

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

Exposé de politique par Orpana HM et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Résumé

En raison de la crise d'intoxication aux drogues qui sévit au Canada et ailleurs, il est plus que jamais nécessaire de disposer de données à jour et pertinentes pour orienter les politiques et les programmes visant à atténuer les méfaits liés aux substances. Bien qu'il existe un certain nombre de systèmes de suivi ciblant des composantes précises de la consommation de substances et des méfaits qui en découlent au Canada, ces systèmes ne sont pas guidés par un cadre conceptuel global. Cet exposé de politique fondé sur des données probantes décrit l'élaboration d'un cadre conceptuel pour le suivi des méfaits liés aux substances effectué par les autorités de santé publique. Ce cadre comprend quatre thèmes principaux (facteurs de risque et de protection, consommation de substances, systèmes de soutien à la santé, méfaits et bienfaits liés à la consommation de substances), quatre thèmes transversaux (parcours de vie, équité, stigmatisation de la consommation de substances, santé et maladie mentale et physique) et deux considérations générales (utilisation respectueuse des données et consultation). Ce cadre est utilisable pour organiser les activités déjà en place et pour cerner les lacunes en matière de données et de suivi en vue d'un développement ultérieur.

**Mots-clés :** *méfaits liés aux substances, opioïdes, surdose, consommation de substances, surveillance, suivi*

### Introduction

Au Canada, la crise d'intoxication aux opioïdes et aux autres drogues a été définie en 2016 comme une préoccupation de santé publique importante à l'échelle nationale<sup>1,2</sup>, ce qui a conduit à la création d'un Comité consultatif spécial (CCS) fédéral, provincial et territorial sur les intoxications par drogues toxiques (initialement appelé le CCS sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes) en décembre 2016<sup>3</sup>. La surprescription d'opioïdes dans les milieux de soins au cours des dernières décennies, qui a augmenté le risque de survenue du trouble lié à la consommation d'opioïdes chez certains patients<sup>2</sup>, a contribué à la hausse des méfaits lorsque les opioïdes

synthétiques, comme le fentanyl et le carfentanyl, se sont répandus sur le marché des drogues non réglementées<sup>1</sup>.

Tragiquement, la crise d'intoxication aux drogues s'est aggravée depuis le début de la pandémie de COVID-19<sup>3,4</sup>. Parallèlement, les méfaits causés par d'autres substances, comme l'alcool, continuent d'avoir une grande incidence sur la santé de la population. L'un des éléments de la réponse du Canada à la crise d'intoxication aux drogues consiste en l'amélioration des données et du suivi<sup>5</sup>. La « surveillance », une activité fondamentale en santé publique, est définie comme la collecte, l'analyse et l'interprétation continues et systématiques de données sur la santé; il s'agit d'un

### Points saillants

- Des données exhaustives et à jour sont essentielles pour orienter les efforts visant à lutter contre la crise d'intoxication aux drogues et les autres méfaits liés aux substances. À l'heure actuelle, aucun cadre conceptuel global ne guide le suivi des méfaits liés aux substances au Canada.
- Un cadre conceptuel global pour le suivi des méfaits liés aux substances effectué par les autorités de santé publique a été élaboré pour aider à orienter les efforts dans ce domaine.
- Le cadre conceptuel décrit dans cet article comprend quatre thèmes principaux, quatre thèmes transversaux et deux considérations générales.

processus qui est essentiel à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des pratiques de santé publique et qui est étroitement associé à la diffusion de ces données aux intervenants qui en ont besoin à des fins de prévention et de contrôle<sup>6,p.3</sup>. Si le terme « surveillance » est utilisé depuis longtemps dans le domaine de la santé publique, il est également utilisé dans d'autres secteurs, comme l'application de la loi ou la sécurité privée. Pour

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

Correspondance : Heather Orpana, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1N 6N5; tél. : 343-543-5694; courriel : [heather.orpana@phac-aspc.gc.ca](mailto:heather.orpana@phac-aspc.gc.ca)

cette raison, certaines personnes et collectivités peuvent trouver que ce terme est dérangent ou associé à une connotation négative<sup>7,8</sup>. C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser le terme « suivi » dans la mesure du possible.

Dans cet article, les termes « drogues » et « substances » sont utilisés indifféremment pour désigner les substances psychoactives susceptibles d'être réglementées (comme l'alcool et le cannabis), les substances provenant du marché des drogues non réglementées et les médicaments psychoactifs qui ne sont pas prescrits à la personne qui les utilise ou qui ne sont pas pris selon les consignes d'un professionnel de la santé.

En 2017, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a piloté l'élaboration d'un système national de surveillance des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes, dans le but de dresser un portrait à jour de l'incidence des opioïdes sur la santé publique à l'échelle nationale<sup>3</sup>. Au fil du temps, ce système a évolué pour inclure d'autres types de méfaits, notamment les hospitalisations, les visites à l'urgence et les contacts avec les services médicaux d'urgence, et d'autres substances, à savoir les stimulants<sup>5</sup>. Bien que les opioïdes et, par la suite, les stimulants aient été au cœur de l'attention sur les méfaits liés aux substances en raison de la crise d'intoxication aux drogues, il est largement reconnu que les décès, les hospitalisations et les contacts avec les services médicaux d'urgence pour des intoxications (surdoses) liées aux opioïdes et aux stimulants ne constituent qu'un sous-ensemble de l'information nécessaire à l'adoption d'une approche globale visant à aborder les méfaits liés aux substances dans une perspective de santé publique<sup>9</sup>.

Le Canada dispose d'un certain nombre de données et de programmes de suivi concernant les substances. Par exemple, Santé Canada soutient l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues, qui recueille tous les deux ans des données sur la consommation de substances chez les adultes canadiens<sup>10</sup>. Les données sur la consommation de substances sont incluses dans de nombreux cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes<sup>11</sup>, et en particulier dans des modules portant sur des sujets particuliers, comme l'utilisation de médicaments antidouleur contenant des opioïdes<sup>12</sup>. Parmi d'autres

indicateurs de méfaits liés à la consommation de substances, l'Institut canadien d'information sur la santé recueille, analyse et diffuse des données sur les hospitalisations dues à ces méfaits<sup>13</sup>. Le projet Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, fruit d'une collaboration entre le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, synthétise les données sur les méfaits et les coûts associés à la consommation de substances au Canada<sup>14</sup>. Toutefois, aucun cadre conceptuel global n'a été présenté pour guider, organiser et intégrer les activités fédérales de suivi des méfaits liés aux substances, ce qui peut limiter l'efficacité de l'organisation, de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données susceptibles d'être utilisées pour orienter les efforts de prévention et de promotion.

Cet exposé de politique fondé sur des données probantes vise à décrire et à documenter le processus d'élaboration et les résultats d'un cadre conceptuel pour le suivi des méfaits liés aux substances effectué par les autorités de santé publique. On peut décrire un cadre conceptuel comme un « ensemble de concepts et de propositions qui sont interreliés et destinés à attirer l'attention sur les aspects importants d'un phénomène d'intérêt »<sup>15,p.631</sup>. Les cadres conceptuels peuvent être utilisés pour clarifier, cibler, décrire et organiser<sup>16</sup>. Quoique ces cadres ne soient pas conçus pour être normatifs, on peut les utiliser pour guider la réflexion sur l'élaboration de futures initiatives visant à renforcer les efforts en matière de suivi des méfaits liés aux substances.

## Élaboration du cadre

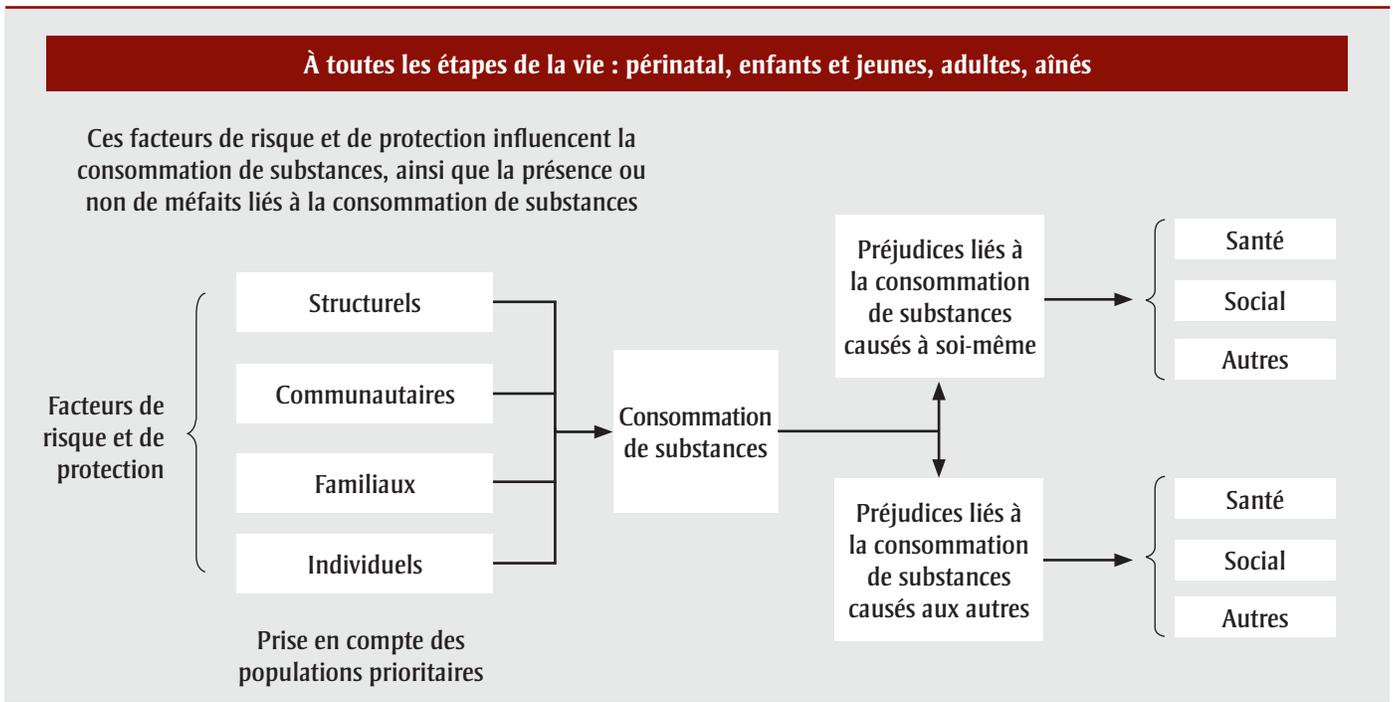
Vers la fin 2019, nous avons effectué une recension de la littérature afin de trouver des cadres conceptuels portant sur le suivi des méfaits liés aux substances. Nous n'avons trouvé aucun cadre axé expressément sur les méfaits liés aux substances, mais nous avons trouvé un certain nombre de systèmes de suivi utilisés au Canada, aux États-Unis ou dans d'autres pays, qui sont axés sur la consommation de substances ou sur un nombre limité de paramètres connexes liés à la santé, comme la consommation d'alcool et de drogues<sup>10,17,18</sup> ou les méfaits liés aux opioïdes et aux stimulants<sup>5</sup>. En novembre 2023, nous avons actualisé notre recherche afin de déterminer s'il y avait de nouveaux cadres

conceptuels axés expressément sur le suivi des méfaits liés aux substances. Nous n'avons toujours pas trouvé ce type de cadre et nous avons constaté que les données ou les systèmes de suivi demeureraient axés sur la consommation de substances ou sur un éventail limité de méfaits liés aux substances, sans cadre conceptuel directeur.

Bien qu'aucun processus standard n'ait été défini pour l'élaboration de cadres conceptuels portant sur les activités de suivi réalisées par les autorités de santé publique, les cadres de ce type sont généralement élaborés à la suite d'une recension de la littérature et d'une série de consultations itératives menées auprès de groupes d'intervenants concernés<sup>19,20</sup>. En nous inspirant des résultats de la recension de la littérature menée en 2019, des cadres de suivi en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques utilisés à l'ASPC<sup>19,21</sup> et du rapport intitulé *Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes*<sup>22</sup> publié en 2018 par l'administratrice en chef de la santé publique, nous avons élaboré un cadre conceptuel de référence. Ce cadre initial, visuel, était aligné sur les éléments généraux des cadres de surveillance utilisés à l'ASPC, comme le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive<sup>19</sup> et le Cadre d'indicateurs de surveillance du suicide<sup>21</sup>. Ces cadres d'indicateurs de surveillance définissent les résultats d'intérêt ainsi que les facteurs de risque et de protection selon quatre niveaux socioécologiques, ils tiennent compte du fait que les construits inclus sont susceptibles de varier au cours de la vie et ils mettent l'accent sur le fait que la surveillance devrait être en mesure de cibler les populations prioritaires.

Ce cadre initial présentait la consommation de substances comme étant un phénomène distinct des méfaits liés aux substances et il précisait que les méfaits allaient au-delà des effets néfastes sur la santé des personnes consommant des substances. L'équipe de développement a élaboré ce cadre en interprétant les principales conclusions de la recension de la littérature, en définissant le champ d'application du cadre, en identifiant les considérations et les concepts pertinents et en illustrant visuellement les relations entre les construits (figure 1).

**FIGURE 1**  
Cadre conceptuel initial pour le suivi des méfaits liés aux substances



Le cadre conceptuel initial a été présenté lors d'une série de consultations itératives menées auprès d'intervenants internes clés de l'ASPC et de Santé Canada et auprès de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète (PVVEC) de consommation de substances. Les intervenants internes étaient des employés membres de groupes relevant de l'ASPC ou de Santé Canada et ayant une responsabilité ou un intérêt marqué pour les méfaits liés aux substances, soit les groupes chargés des politiques, des programmes, de la surveillance et de la recherche appliquée. Les PVVEC ont été consultées par l'intermédiaire du Conseil des personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète mis sur pied par Santé Canada. Les séances de consultation, menées en ligne dans Teams ou Zoom, ont fait appel aux services d'un facilitateur professionnel ayant une grande expérience de la conduite de telles séances. Au cours de ces séances, l'outil de collaboration visuelle en ligne Mural a été utilisé pour faciliter la visualisation et la collecte des commentaires sur le cadre conceptuel proposé. Ces séances ont été organisées dans le cadre du processus habituel d'élaboration des approches pour les activités de suivi menées par le gouvernement fédéral.

Avant les séances de consultation, les participants ont reçu la version la plus récente

du cadre conceptuel et ont eu comme consigne de se préparer à faire part de leurs réflexions et à discuter de leurs éléments de rétroaction. Les séances de consultation ont duré entre 30 minutes et 2,5 heures pour les groupes les plus nombreux. Toutes les séances ont commencé par une description du contexte et de la chronologie de l'élaboration du cadre ainsi que par une présentation de la version la plus récente du cadre. Il y a ensuite eu une discussion de groupe sur les éléments de rétroaction des participants. Dans les groupes les plus nombreux, les participants ont l'occasion de discuter en petits groupes avant de le faire avec l'ensemble des participants. Les éléments de rétroaction et les sujets abordés pendant ces séances ont été consignés et les participants ont été invités à transmettre leurs questions ou commentaires supplémentaires par courriel.

On peut considérer les thèmes principaux comme les sujets visés par les activités de suivi et les thèmes transversaux comme des prismes à travers lesquels observer les thèmes principaux. La prise en compte des éléments de rétroaction recueillis durant les sessions a conduit à des modifications dans ces thèmes ainsi que dans les considérations générales. Nous avons en outre consigné l'information susceptible d'éclairer

la portée d'un thème donné ou le type d'information susceptible d'être important pour ce thème (données non présentées). D'autres thèmes ont été ajoutés à la lumière des éléments de rétroaction formulés lors des séances de consultation, notamment « bienfaits liés aux substances » (en plus des méfaits), « stigmatisation », « santé et maladie mentale et physique » et « systèmes de soutien à la santé ».

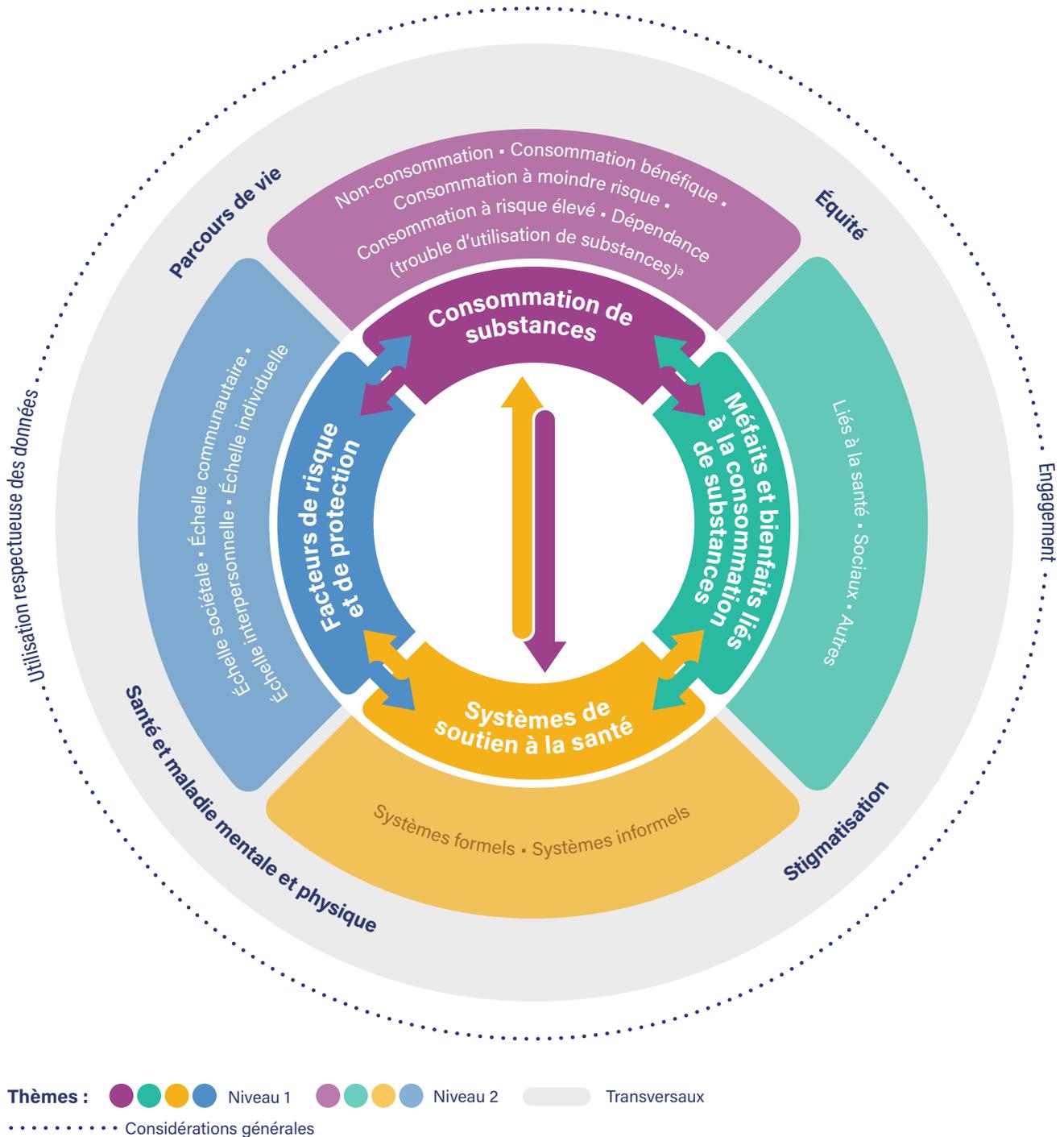
Le concept initialement appelé « populations prioritaires » a été converti en un thème transversal intitulé « équité ». Deux considérations générales ont aussi été ajoutées car elles ont été considérées comme fondamentales pour le travail de suivi dans le domaine en question : « consultation » des PVVEC et « utilisation respectueuse des données ». Le cadre final, illustré à la figure 2, comprend ainsi quatre thèmes principaux, quatre thèmes transversaux et deux considérations générales. Chacun de ces éléments est décrit plus en détail dans la suite du texte.

### Thèmes principaux

#### Facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque et de protection (concept de niveau 1; voir figure 2) peuvent intervenir à quatre niveaux socioécologiques

**FIGURE 2**  
**Cadre conceptuel pour le suivi des méfaits liés aux substances par les autorités de santé publique**



<sup>a</sup> Gouvernement du Canada. Le spectre de la consommation de substances. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2022; ISBN : 978-0-660-42898-7. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/substance-use-spectrum-infographic/pub-fra.pdf>

(concept de niveau 2), soit à l'échelle individuelle, à l'échelle interpersonnelle, à l'échelle communautaire et à l'échelle sociétale<sup>23</sup>. Les facteurs individuels sont propres à la personne et sont liés à des caractéristiques biologiques, comportementales, démographiques ou socioéconomiques<sup>24</sup>. Les facteurs interpersonnels sont liés aux relations avec autrui. Les facteurs communautaires sont liés à un groupe ayant une identité ou une géographie commune au sein d'un environnement social ou physique<sup>25</sup>. Les facteurs sociétaux sont liés aux structures, politiques et systèmes sociaux, politiques, juridiques et économiques et ils sont largement ancrés dans l'ensemble de la société, par le biais de mécanismes formels et informels.

### Consommation de substances

La consommation de substances porte sur la consommation de substances psychoactives, c'est-à-dire de substances qui ont un effet sur les processus mentaux lorsqu'elles sont prises ou administrées, par exemple sur la cognition ou l'affect<sup>26</sup>, notamment les opioïdes, les stimulants, le cannabis et l'alcool. La consommation de substances (concept de niveau 1) s'inscrit dans un spectre allant de la non-consommation à la consommation bénéfique, à la consommation à moindre risque, à la consommation à risque élevé puis à la dépendance (trouble d'utilisation de substances; concepts de niveau 2)<sup>27,\*</sup>.

D'autres caractéristiques de la consommation de substances peuvent être prises en compte en fonction des contextes et de l'utilisation du système de suivi, notamment la durée de la consommation, la fréquence de la consommation, le mécanisme de consommation, la provenance de la substance et les contextes dans lesquels la substance est consommée. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de consommation de substances, le système d'approvisionnement en substances est un déterminant important de la consommation de substances et des méfaits connexes et doit donc être pris en compte en conjonction avec le spectre de la consommation de substances.

### Systèmes de soutien à la santé

Les systèmes de soutien à la santé (concept de niveau 1) peuvent être formels ou informels (concepts de niveau 2). Les systèmes formels de soutien à la santé sont

ceux qui relèvent d'un réseau organisé et structuré de services et d'établissements de santé régis par un cadre juridique et professionnel, comme les hôpitaux, les soins de santé primaires et les services psychologiques. Les systèmes informels de soutien à la santé, quant à eux, englobent un large éventail de soutiens à la santé présents en dehors de l'infrastructure formelle des soins de santé. Il peut s'agir d'un soutien offert par des pairs, de soins offerts par des membres de la famille ou des bénévoles ou de services destinés aux personnes qui consomment des substances. La description de ce thème principal est formulée de façon à souligner le fait que, dans ce contexte, le système de soins de santé n'est pas le seul système à devoir être ciblé par les activités de collecte des données et de suivi. En effet, d'autres systèmes formels, comme le système d'éducation, les services sociaux, le système de logement et le système juridique, peuvent contribuer (ou échouer à contribuer) à la santé. On peut caractériser les systèmes formels de soutien à la santé selon divers attributs, soit leur accessibilité, leur facilité d'approche, leur acceptabilité, leur disponibilité et adaptabilité, leur abordabilité et leur adéquation<sup>28</sup>. Ces attributs sont intégrables dans les prochains suivis.

### Méfaits et bienfaits liés à la consommation de substances

Les méfaits liés aux substances (concept de niveau 1) correspondent aux effets négatifs résultant de la consommation de substances psychoactives. Dans le cadre présenté ici, les méfaits sont répartis en trois catégories : méfaits « liés à la santé », « sociaux » et « autres » (concepts de niveau 2). Les méfaits peuvent être aigus (de courte durée) ou chroniques (de longue durée), proximaux (proches dans le temps) ou distaux (éloignés dans le temps) par rapport au moment de la consommation de substances et ils peuvent être subis par la personne consommant des substances ou causés à autrui. Un exemple de méfait aigu et proximal pour la personne consommant des substances est l'intoxication (surdose), tandis qu'un exemple de méfait chronique et distal pourrait relever des effets à long terme de la consommation d'alcool, comme une cirrhose du foie. Un exemple de méfait causé à autrui en raison de la consommation de substances serait celui d'une personne blessée dans

un accident de la route par le véhicule d'un conducteur intoxiqué.

Les méfaits pour la santé peuvent toucher la santé physique, la santé mentale ou les deux. Les méfaits sociaux peuvent inclure des problèmes dans les relations interpersonnelles ou dans la capacité d'une personne à assumer les fonctions associées à un rôle approprié sur le plan du développement, comme celui d'élève, de parent ou de travailleur. D'autres méfaits sont également possibles, comme ceux d'ordre économique (p. ex. la perte du revenu provenant d'un emploi) ou juridique (p. ex. interactions avec le système judiciaire).

Bien que le suivi effectué par les autorités de santé publique se concentre souvent sur les méfaits liés aux substances, il convient de garder à l'esprit que la consommation de substances est également associée à des bienfaits réels ou perçus, ce qui explique souvent pourquoi certaines personnes continuent à consommer une substance en dépit des méfaits qu'elle entraîne. Les bienfaits associés à la consommation de substances psychoactives peuvent être liés à la santé, comme l'atténuation de la douleur, ou être d'ordre social, par exemple pour favoriser la sociabilité<sup>27</sup>.

### Thèmes transversaux

Quatre thèmes transversaux ont été considérés comme pouvant s'appliquer aux quatre thèmes principaux du cadre conceptuel.

### Parcours de vie

Le thème transversal du parcours de vie reflète le fait que les éléments du cadre conceptuel peuvent être pertinents à plusieurs stades de développement et varier d'un stade à l'autre<sup>29</sup>. Le parcours de vie comprend l'âge biologique et le stade de développement ainsi que les événements et les transitions de la vie (p. ex. grossesse et allaitement, parentalité, mariage, divorce, décès d'un proche parent ou d'un ami, changement au travail ou dans la situation professionnelle, retraite). Certains facteurs de risque et de protection, méfaits et bienfaits peuvent avoir une incidence plus importante à un âge donné et peuvent également évoluer au cours de la vie. En outre, le parcours de vie doit être resitué dans son contexte historique, culturel et

\* Le terme « dépendance » est utilisé dans le spectre original mais l'expression privilégiée est « trouble d'utilisation de substances ».

socioéconomique, variable selon le stade de développement.

### Équité

Le concept d'équité est sous-jacent à la structure et aux éléments du cadre conceptuel<sup>30</sup>. Les méfaits liés aux substances et les facteurs de risque et de protection connexes, les comportements liés à la consommation de substances, la stigmatisation ainsi que l'offre de services et l'accès à ceux-ci sont variables entre groupes démographiques et socioéconomiques, en raison de l'effet des systèmes culturels et structurels, qui déterminent les questions de valeur et offrent des possibilités et des privilèges différents en fonction des caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Les données relatives aux personnes les plus touchées constituent la base des politiques et des programmes ciblés<sup>31</sup>. Les approches visant à analyser les inégalités en matière de santé, comme l'Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus (ACSG Plus)<sup>32</sup>, devraient être intégrées dans toutes les activités liées au suivi des méfaits des substances, en tenant compte de l'effet des systèmes, des politiques et des structures plus larges qui façonnent ces inégalités.

### Stigmatisation de la consommation de substances

La stigmatisation est définie comme les « attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle. Elle inclut la discrimination, les préjugés, le jugement et les stéréotypes, qui peuvent isoler les personnes qui consomment des drogues »<sup>33</sup>. La stigmatisation peut prendre plusieurs formes : l'autostigmatisation (lorsqu'une personne intériorise les attitudes négatives à l'égard des personnes qui consomment des substances), la stigmatisation sociale (attitudes et comportements négatifs à l'égard des personnes qui consomment des drogues) et la stigmatisation structurelle (lorsque les politiques et les pratiques réduisent l'accès aux services des personnes qui consomment des drogues)<sup>34</sup>. Tous ces types de stigmatisation peuvent accroître la probabilité que les personnes qui consomment des drogues subissent des conséquences négatives<sup>35</sup>.

### Santé et maladie mentale et physique

Le quatrième thème transversal est celui de la santé et la maladie mentale et physique. Bien que les effets néfastes sur la santé soient un sous-thème de la rubrique

« Méfaits et bienfaits liés à la consommation de substances », ce thème transversal supplémentaire a été ajouté à la lumière des éléments de rétroaction recueillis lors des séances de consultation<sup>36-38</sup>. Par exemple, la douleur résultant de problèmes de santé chroniques ou aigus peut influencer sur la consommation de substances ainsi que sur les traitements reçus pour un trouble d'utilisation de substances<sup>36</sup>. Les troubles mentaux et les troubles d'utilisation de substances sont souvent concomitants<sup>37,38</sup>, ce qui peut avoir une incidence sur l'accès aux services nécessaires pour ces deux affections<sup>39</sup>. L'accent mis sur la santé mentale positive et sur la santé physique dans ce thème transversal pourrait constituer une nouveauté. En effet, alors qu'une grande partie du discours sur la consommation de substances se concentre sur les méfaits (ou leur prévention), le fait de mettre l'accent sur la santé positive peut révéler des bienfaits étant passés inaperçus jusqu'ici. Cela rejoint une perspective axée sur la santé en matière de consommation de substances, selon laquelle la consommation de substances ne doit pas être envisagée de manière isolée, mais plutôt en tant que partie intégrante de la santé et du bien-être dans leur ensemble<sup>40</sup>.

### Considérations générales

Enfin, le cadre proposé comprend également deux considérations générales : la consultation des PVVEC et l'utilisation respectueuse des données. La participation des PVVEC est essentielle à l'obtention de données probantes sur la consommation de substances et sur ses méfaits et bienfaits<sup>41</sup>. Cela découle d'un principe fondamental selon lequel les travaux réalisés dans l'intérêt d'une communauté doivent impliquer activement la communauté en question, et selon lequel les communautés sont considérées comme expertes en raison de leur expérience vécue<sup>42</sup>.

En ce qui concerne l'utilisation respectueuse des données, elle englobe le principe selon lequel les données doivent être recueillies et utilisées sans stigmatiser davantage les personnes qui consomment des drogues ou qui sont touchées par les méfaits qui en découlent, et sans porter préjudice à ces personnes. Ce principe est en accord avec les concepts de réactivité culturelle et d'accessibilité, et il permet d'éviter de perpétuer des préjugés et une discrimination systématiques<sup>43</sup>. Dans cette optique, il convient d'identifier et d'utiliser des cadres directeurs appropriés, comme

le cadre Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) en ce qui concerne les données autochtones<sup>44</sup>, et le cadre Engagement, gouvernance, accès et protection (EGAP) dans le cas des données raciales concernant les communautés noires<sup>45</sup>.

### Analyse

Cet article présente le processus que nous avons entrepris dans le but d'élaborer un cadre conceptuel pour le suivi des méfaits liés aux substances effectué par les autorités de santé publique. Ce cadre est un élément essentiel pour faire face à la crise actuelle d'intoxication aux drogues et aux défis de plus grande envergure liés à la consommation de substances au Canada<sup>46</sup>, comme ceux causés par l'alcool. L'élaboration de ce cadre est nécessaire et tombe à point nommé, étant donné les préoccupations persistantes en matière de santé publique qui sont liées à la consommation de substances et aux méfaits connexes, situation qui a été exacerbée par la pandémie de COVID-19<sup>4</sup>.

L'accent mis sur une approche à facettes multiples, intégrant des facteurs de risque et de protection à quatre niveaux socioécologiques (à l'échelle individuelle, interpersonnelle, communautaire et sociétale), concorde avec d'autres cadres de suivi utilisés pour les maladies chroniques et la promotion de la santé à l'ASPC. Cette approche tient compte de la complexité de la consommation de substances et de ses effets, qui vont au-delà du simple comportement individuel et sont assujettis à des influences interpersonnelles, communautaires et sociétales. L'inclusion d'un spectre de la consommation de substances, allant de la non-consommation à la consommation bénéfique, à la consommation à moindre risque, à la consommation à risque élevé, puis à la dépendance (trouble d'utilisation de substances), permet de mieux nuancer les méfaits et les bienfaits liés aux substances. Il s'agit d'une démarche essentielle pour la mise au point d'interventions universelles visant à modifier de manière générale la répartition des méfaits liés aux substances au sein de la population<sup>47</sup>, et pour la mise au point d'interventions ciblées qui tiennent compte des expériences et des besoins propres aux divers segments de la population<sup>31</sup>.

L'intégration des systèmes de soutien à la santé au sein du cadre conceptuel met en évidence le rôle vital que jouent les systèmes formels et les systèmes informels

dans le soutien à la santé des personnes qui consomment des substances et dans la réduction des méfaits qui en découlent. Il peut se révéler particulièrement important de tenir compte des dimensions qui influent sur l'accès aux services, étant donné les disparités en matière de santé présentes entre les différents groupes sociodémographiques. Les disparités observées dans les résultats en matière de santé illustrent à quel point le thème transversal de l'équité est nécessaire, et elles soulignent l'importance de veiller à l'inclusivité des efforts de surveillance afin de répondre aux besoins des populations en quête d'équité. Les thèmes transversaux (parcours de vie, équité, stigmatisation et santé et maladie mentale et physique) mettent en évidence la nature dynamique de la consommation de substances et ses effets tout au long de la vie, l'importance de s'attaquer aux inégalités systémiques et à la stigmatisation ainsi que l'interaction entre consommation de substances, problèmes de santé mentale et de santé physique et méfaits et bienfaits associés à ces substances.

### Points forts et limites

Le caractère itératif du processus utilisé pour l'élaboration du cadre, qui prévoyait à la fois la consultation d'un large éventail d'intervenants issus d'organismes susceptibles d'utiliser le cadre pour orienter leurs efforts et l'inclusion de PVVEC, ajoute à la robustesse et à la pertinence du cadre lui-même. Non seulement cette approche garantit-elle que le cadre est fondé sur les expériences et les besoins « du monde réel », mais elle est également susceptible de favoriser l'adhésion au cadre et son adoption par l'ensemble des organismes participants.

Cela dit, bien que l'élaboration du cadre conceptuel ait été exhaustive, elle présente certaines limites. Tout d'abord, l'ordre selon lequel le large éventail de groupes a été consulté a pu influencer sur la structure finale du cadre. En effet, si l'ordre de consultation avait été différent, le cadre aurait pu avoir une tout autre structure.

Autre limite, l'éventail des intervenants que nous avons consultés était restreint. En effet, les éléments de rétroaction ont été recueillis auprès de membres de groupes relevant du portefeuille de la Santé du gouvernement fédéral et auprès de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète liée à la consommation de

substances. Les perspectives des intervenants d'autres secteurs ou d'autres ordres de gouvernement pourraient donc avoir été négligées en raison de la sélectivité de notre approche, et ces perspectives pourraient avoir eu une incidence sur la structure de notre cadre. Par exemple, le marché des substances n'est pas ressorti comme un thème spécifique. Cela peut s'expliquer par le fait que, dans la sphère de la santé publique, la provenance des substances est souvent associée à la mesure de la consommation de substances et des méfaits liés aux substances. Enfin, il s'est avéré impossible de tenir compte de tous les éléments de rétroaction pour l'élaboration du cadre. Un échange continu avec les utilisateurs des données de suivi est essentiel si ces thèmes primaires et transversaux sont utilisés pour orienter l'élaboration d'activités concrètes en matière de suivi, comme le choix des indicateurs et des mesures.

Les organismes peuvent utiliser notre cadre pour évaluer leurs activités de collecte de données et leurs systèmes de suivi actuels, notamment pour déterminer si les mesures et les indicateurs existants sont compatibles avec les thèmes principaux et transversaux. Nous croyons que notre cadre sera utile à d'autres organismes et ordres de gouvernement en les guidant dans l'élaboration de leurs propres cadres de suivi, et nous nous attendons à ce que son développement se poursuive de manière itérative. Notre cadre peut également servir de référence, en permettant de cerner d'éventuelles lacunes relativement aux thèmes, que l'on pourra ensuite combler au moyen d'indicateurs et de mesures adéquats. Les thèmes transversaux doivent être pris en compte dans l'ensemble des thèmes principaux : par exemple, la stigmatisation doit être prise en considération dans le contexte des facteurs de risque et de protection, de la consommation de substances, des systèmes de soutien à la santé ainsi que des méfaits et bienfaits liés à la consommation de substances.

L'utilisation respectueuse des données et la consultation des PVVEC doivent être prises en compte à chaque étape de l'application du cadre conceptuel à des activités pratiques. Bien que l'inclusion de ces considérations dans le cadre constitue une étape positive, il faudra prévoir des ressources et un engagement continus pour garantir le respect de ces principes dans la pratique. Enfin, nous constatons que les activités de suivi se concentrent presque

exclusivement sur la collecte de données pouvant être synthétisées de manière quantitative, comme des taux de prévalence, des taux d'incidence, des nombres de cas et des proportions. Or, compte tenu de la richesse de l'information dont on dispose, et en particulier de la part de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète liée à la consommation de substances, les responsables des systèmes de suivi considéreront sans doute que les données qualitatives sont utiles pour replacer dans leur contexte les sources de données habituelles en matière de suivi.

### Conclusion

Grâce à ce cadre conceptuel, une nouvelle étape est franchie vers l'adoption d'une approche plus globale du suivi des méfaits liés aux substances effectué par les autorités de santé publique. Il s'agit d'un cadre multidimensionnel susceptible d'aider à orienter les initiatives qui seront entreprises ultérieurement. Toutefois, la mesure dans laquelle son utilisation sera efficace dépendra de la collaboration continue avec les intervenants, de la recension des activités déjà en place et de leur alignement sur ce cadre, de l'identification des lacunes et des solutions potentielles et enfin d'une consultation sérieuse des communautés touchées par la consommation de substances.

### Remerciements

Nous sommes profondément reconnaissants à Jill Harnum, Nat Kaminski, Ashley Smoke, Matthew Bonn et Petra Schulz pour leur contribution. Nous remercions également Tanner Maw pour sa contribution à la rédaction du manuscrit et Emilene Reisdorfer pour son travail sur la recension de la littérature initiale.

### Conflits d'intérêts

Aucun.

### Contributions des auteurs et avis

HMO : conception, méthodologie, enquête, administration de projet, conception visuelle, rédaction de la première version du manuscrit.

AE : enquête, validation, relectures et révision.

MS : méthodologie, enquête, conception visuelle, relectures et révision.

DG : conception, enquête, conception visuelle, administration de projet, relectures et révision.

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

SLH : enquête, relectures et révision.

LL : enquête, relectures et révision.

LHT : méthodologie, enquête, conception visuelle, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

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. Belzak L, Halverson J. Synthèse des données probantes—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>
2. Fischer B, Pang M, Tyndall M. The opioid death crisis in Canada: crucial lessons for public health. *Lancet Public Health*. 2019;4(2):e81-e82. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(18\)30232-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30232-9)
3. Réseau pancanadien de santé publique. Crise des surdoses d'opioïdes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Réseau pancanadien de santé publique; 2022 [consultation le 21 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.phn-rsp.ca/fr/a-propos/crise-surdoses-opioides.html>
4. Friesen EL, Kurdyak PA, Gomes T, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on opioid-related harms in Ontario. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*. 2021;2(42). <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.42.1.0>
5. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2023 [modification le 13 sept. 2024; consultation le 20 oct. 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
6. Hall I, Correa A, Paula Y, Braden C, Centers for Disease Control and Prevention. Lexicon, definitions, and conceptual framework for public health surveillance. *MMWR Suppl*. 2012; 27;61(3):10-14.
7. Lyon D. Surveillance. Internet policy review [Internet]. 2022;11(4). <https://doi.org/10.14763/2022.4.1673>
8. Fleming PJ, Lopez WD, Spolum M, Anderson RE, Reyes AG, Schulz AJ. Policing is a public health issue: the important role of health educators. *Health Educ Behav*. 2021;48(5):553-558. <https://doi.org/10.1177/10901981211001010>
9. Santé Canada. Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : Données probantes [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [modification le 13 mai 2024; consultation le 20 oct. 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/donnees-probantes.html>
10. Santé Canada. Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 28 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues.html>
11. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – de Composante annuelle (ESCC) [Internet]. 2021 [modification le 29 déc. 2023; consultation le 20 oct. 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=1314175](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1314175)
12. Statistique Canada. Médicaments antidouleur contenant des opioïdes, 2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 21 déc. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00008-fra.htm>
13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2023 [consultation le 21 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/sejours-a-lhopital-en-raison-de-mefaits-causes-par-lutilisation-de-substances>
14. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada 2007-2020. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. En ligne à : <https://cemusc.ca/documents/reports/francais/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2023-fr.pdf>
15. Hudon A, Gervais M-J, Hunt M. The contribution of conceptual frameworks to knowledge translation interventions in physical therapy. *Phys Ther*. 2015; 95(4):630-639. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130483>
16. Graham ID, Tetroe J, KT Theories Research Group. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Acad Emerg Med*. 2007;14(11): 936-941. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2007.tb02369.x>
17. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). 2017 NSDUH annual national report [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA; 2018 [consultation le 21 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.samhsa.gov/data/report/2017-nsduh-annual-national-report>
18. Poznyak V, Rekke D. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018 [consultation le 21 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
19. 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):1-11. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01f>
20. Crawley AW, Mercy K, Shivji S, et al. An indicator framework for the monitoring and evaluation of event-based surveillance systems. *Lancet Glob Health*. 2024;12(4):e707-e711. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00034-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00034-2)

21. Skinner R, Irvine B, Williams G, et al. Une analyse contextuelle des indicateurs de surveillance du suicide. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017; 37(8):281-284. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.8.05f>
22. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018 : Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 21 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/2018-prevenir-sante-publique-problematique-substance-jeunes.html>
23. Bronfenbrenner U. Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. Dans : Friedman SL, Wachs TD, directeurs. Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts. Washington (DC): American Psychological Association; 1999. p. 3-28.
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Risk and protective factors [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA; [2019]. En ligne à : <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/20190718-samhsa-risk-protective-factors.pdf>
25. MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. Am J Public Health. 2001;91(12):1929-1938. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.12.1929>
26. World Health Organization (WHO). Drugs (psychoactive) [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2024 [consultation le 20 oct. 2024]. En ligne à : [https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1)
27. Santé Canada. Spectre de la consommation de substances [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 28 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/spectre-consommation-substances-info-graphie.html>
28. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
29. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. The life-course approach: from theory to practice. Case stories from two small countries in Europe. Genève (CH): WHO; 2018 [consultation le 28 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053266>
30. Health equity [Internet]. Genève (Suisse) : World Health Organization; [consultation le 28 déc. 2023]. En ligne à : [https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1)
31. Lu D, Tyler D. Focus on: a proportionate approach to priority populations. Toronto (Ont.): Public Health Ontario; 2015. 12 p.
32. Santé Canada. L'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus en action à Santé Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2023 [modification le 7 févr. 2024; consultation le 20 oct. 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/plan-d-action-analyse-comparative-fondée-sur-sex-genre.html>
33. Santé Canada. La stigmatisation : Pourquoi les mots comptent [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 28 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/stigmatisation-pourquoi-les-mots-comptent-fiche-information.html>
34. Santé Canada. Stigmatisation de la consommation de drogues [Internet]. Ottawa (Ont) : Gouvernement du Canada; 2023 [modification le 22 avr. 2024; consultation le 4 oct. 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html>
35. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. Subst Abuse Rehabil. 2019;10:1-12. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183252>
36. Dennis BB, Bawor M, Naji L, et al. Impact of chronic pain on treatment prognosis for patients with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. Subst Abuse. 2015;9:59-80. <https://doi.org/10.4137/SART.S30120>
37. Khan S. Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. Rapports sur la santé. 2017;28(8):3-9.
38. National Institute of Mental Health. Substance use and co-occurring mental disorders [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2024 [consultation le 20 oct. 2024]. En ligne à : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health>
39. Danilewitz M, Bahji A, Lamba W, Chopra N, George T. Concurrent disorders management in psychiatric care: opportunities and challenges. [Commentaire.] Can J Addict. 2021;12(3):7-9. <https://doi.org/10.1097/CXA.000000000000122>
40. Carleton University. What is substance use health? [Internet]. Ottawa (Ont) : Carleton University; date inconnue [consultation le 28 déc. 2023]. En ligne à : <https://wellness.carleton.ca/substance-use-health/substance-use-health>
41. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Lignes directrices sur la collaboration avec les personnes ayant une expérience passée ou présente. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2021 En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-04/CCSA-Partnering-with-People-Lived-Living-Experience-Substance-Use-Guide-fr.pdf>
42. Ti L, Tzemis D, Buxton J. Engaging people who use drugs in policy and program development: a community-based approach. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2012;7:47. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-47>

- 
43. Social Research and Demonstration Corporation (SRDC). Culturally responsive and accessible approaches to research: LGBTQ2S-plus populations – final report. Ottawa (ON): SRDC; 2022. En ligne à : <https://srdc.org/wp-content/uploads/2022/07/phac-final-report-on-lgbtq2splus-populations.pdf>
  44. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Les principes de PCAP® des Premières Nations [Internet]. Akwesasne (Ont.) : CGIPN; date inconnue [consultation le 23 août 2023]. En ligne à : <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>
  45. Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs. Engagement, gouvernance, accès et protection (EGAP) : Cadre de gouvernance des données sur la santé recueillies auprès des communautés Noires de l'Ontario. Ontario : Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs; 2021. En ligne à : [https://blackhealthequity.ca/wp-content/uploads/2021/03/Rapport\\_Cadre\\_de\\_gouvernance\\_EGAP.pdf](https://blackhealthequity.ca/wp-content/uploads/2021/03/Rapport_Cadre_de_gouvernance_EGAP.pdf)
  46. Santé Canada. La stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : L'approche du gouvernement du Canada à l'égard des méfaits liés à la consommation de substances et de la crise des surdoses [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2023 [consultation le 28 déc. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-canadienne-drogues-autres-substances-approche-mefaits-lies-consommation-crise-surdoses.html>
  47. Rose G. Sick individuals and sick populations. Dans : Bayer R, Gostin LO, Jennings B, Steinbock B, directeurs. Public health ethics: theory, policy, and practice. New York (NY) : Oxford Academic; 2006. p. 33-43. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195180848.003.0003>

## Recherche quantitative originale

# Augmentation des risques selon la classification des nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé : étude empirique auprès d'un échantillon d'adultes recrutés dans la collectivité en Ontario

Kyla L. Belisario, M.A. (1,2); Amanda Doggett, Ph. D. (1,2); James MacKillop, Ph. D. (1,2)

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

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



### Résumé

**Introduction.** Les recommandations de 2023 quant à la consommation d'alcool du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances préconisent un seuil universel de faible risque de 2 verres ou moins par semaine, seuil qui est inférieur aux recommandations antérieures, établies à un maximum de 10 verres par semaine ou de 2 verres par occasion pour les femmes, et de 15 verres par semaine ou de 3 verres par occasion pour les hommes. Cette étude porte sur l'augmentation des risques selon la nouvelle classification ainsi que les perceptions qui y sont associées.

**Méthodologie.** La prévalence du dépassement du nouveau seuil de faible risque a été comparée à celle du dépassement des seuils antérieurs et des seuils à l'échelle internationale au sein d'une cohorte observationnelle d'adultes recrutés dans la collectivité (N = 1502) dans le sud de l'Ontario, suivis depuis 2018 (avec 11 vagues de collecte de données). Nous avons effectué un suivi auprès d'un sous-ensemble de la cohorte trois mois après la publication des nouvelles recommandations (en avril 2023), pour vérifier si les nouvelles recommandations étaient connues et pour savoir quelles étaient les perceptions quant au risque que représente la consommation d'alcool au-delà de ces seuils.

**Résultats.** Toutes vagues confondues, 52 % des adultes, en moyenne, dépassaient le nouveau seuil de faible risque, comparativement à 11 % selon les recommandations antérieures. Selon les recommandations à l'échelle internationale, le dépassement moyen des seuils de faible risque au sein de l'échantillon était de 16 % (É.-U.), 20 % (R.-U.) ou 29 % (OMS). Environ la moitié des adultes qui participaient à l'étude (51 %) étaient au courant des nouvelles recommandations du Canada, mais 77 % ont estimé que boire plus de deux verres par semaine présentait peu de risques ou n'en présentait aucun.

**Conclusion.** Plus de quatre fois plus d'adultes dépassent le nouveau seuil de consommation d'alcool à faible risque par rapport aux seuils recommandés auparavant par le Canada. De plus, davantage d'adultes dépassent le nouveau seuil de faible risque par rapport à divers seuils de consommation à l'échelle internationale. Compte tenu de ces résultats et de la perception du risque comme étant faible en ce qui concerne la consommation de plus de deux verres par semaine, de nombreux Canadiens risquent de dépasser les nouveaux seuils.

**Mots-clés :** recommandations quant à la consommation d'alcool, consommation d'alcool, habitudes de consommation d'alcool, perception des risques

### Points saillants

- Selon la nouvelle définition de la consommation d'alcool à faible risque présentée dans le récent rapport *Repères canadiens sur l'alcool et la santé*, la proportion de personnes dépassant le seuil de deux verres dans notre échantillon de 1502 personnes était plus de quatre fois supérieure à la proportion de personnes dépassant les seuils canadiens antérieurs.
- Les proportions d'adultes qui consomment de l'alcool en quantité supérieure au nouveau seuil au sein de notre échantillon sont inégalement réparties selon le sexe et l'âge : les hommes et les adultes de 50 ans et plus sont plus nombreux à dépasser le nouveau seuil que les autres répondants.
- Plus des trois quarts d'un sous-échantillon de 1278 personnes ont estimé que le fait de dépasser le nouveau seuil de deux verres présente peu de risques ou n'en présente aucun, ce qui semble indiquer qu'il faudrait sensibiliser davantage le public aux méfaits liés à l'alcool, en particulier les personnes davantage susceptibles de dépasser les nouveaux seuils.

### Rattachement des auteurs :

1. Centre Peter Boris pour la recherche sur la toxicomanie, Université McMaster; St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario), Canada
2. Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

**Correspondance :** James MacKillop, Centre Peter Boris pour la recherche sur la toxicomanie, St. Joseph's Healthcare Hamilton, 100, 5<sup>e</sup> Rue Ouest, Hamilton (Ontario) L8P 3R2; tél. : 905-522-1155, poste 39492; courriel : [jmackill@mcmaster.ca](mailto:jmackill@mcmaster.ca).

## Introduction

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a publié en janvier 2023<sup>1</sup> de nouvelles recommandations\* quant à la consommation d'alcool, qui offrent une mise à jour des recommandations de 2011 sur le sujet. La mise à jour des recommandations quant à la consommation d'alcool a été le fruit d'un effort collaboratif mené par le CCDUS, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) à la suite de la publication de nouvelles données mettant en évidence les risques associés à la consommation d'alcool<sup>1</sup>, mais Santé Canada n'a pas encore adopté officiellement ces nouvelles recommandations<sup>2,3</sup>.

Comme plus des trois quarts des Canadiens consomment de l'alcool au moins une fois par année<sup>4</sup>, les nouvelles recommandations s'appliquent à une grande proportion de la population. Les recommandations quant à la consommation d'alcool visent à informer la population canadienne sur les risques associés à la consommation d'alcool en leur fournissant une orientation quant aux niveaux de consommation susceptibles de présenter des risques aigus ou chroniques pour la santé. Selon le rapport final du CCDUS, la dernière mise à jour des recommandations quant à la consommation d'alcool s'appuie sur des données probantes concernant les effets de l'alcool sur la santé, tout en demeurant axée sur le risque individuel de morbidité et de décès<sup>1</sup>. Les changements tiennent compte du fait que la notion selon laquelle des avantages pour la santé peuvent être associés à une consommation d'alcool modeste est désormais jugée datée et ces changements s'inspirent plutôt des données probantes récentes selon lesquelles toute consommation d'alcool comporte un risque<sup>5,6</sup>, en particulier au sein de certains groupes de la population, comme les jeunes adultes<sup>7</sup>.

### Définition des recommandations quant à la consommation d'alcool

De façon générale, les recommandations quant à la consommation d'alcool proposent soit un seuil maximal de consommation à faible risque (parfois appelé seuil de « consommation modérée »), soit

un continuum de risque. Dans le premier cas, on qualifie la consommation d'alcool soit comme respectant un seuil quantitatif, soit comme le dépassant (on parle par exemple alors de « consommation à risque élevé »). Dans le second cas, on propose plutôt une relation dose-réponse entre la consommation et les risques, et on classe la consommation en trois catégories : faible risque, risque modéré et risque élevé. Certaines recommandations, comme celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), font aussi la distinction entre une consommation à risque élevé et une consommation à risque très élevé<sup>8</sup>.

Les recommandations proposent également souvent des seuils de consommation par occasion et des seuils hebdomadaires, les premiers visant les méfaits aigus (chutes, collisions de véhicules à moteur, perpétration de violence, etc.) et les seconds, les méfaits chroniques (risque de cancer, risque de maladie du foie, etc.). Selon les données probantes, lorsqu'ils sont utilisés ensemble, ces deux indicateurs offrent une meilleure prédiction des méfaits potentiels que lorsqu'ils sont utilisés de façon isolée<sup>9</sup>. En général, les recommandations quant à la consommation hebdomadaire visent le nombre moyen de verres bus, alors que les recommandations quant à la consommation par occasion visent des habitudes spécifiques. Plus précisément, les limites par occasion concernent la forte consommation épisodique d'alcool (aussi appelée « calage d'alcool »), qui est associée à des risques aigus<sup>10</sup>, en particulier chez les jeunes adultes<sup>11</sup>.

### Comparaison entre les recommandations canadiennes antérieures et actuelles

À la différence de la définition que faisait le Canada en 2011 en matière de consommation d'alcool à faible risque, les nouvelles recommandations utilisent un continuum de risque semblable à celui que l'on retrouve dans les recommandations de l'OMS, mais avec un seuil plus bas définissant le faible risque. Ce seuil de faible risque correspond à un maximum de 2 verres standard (au Canada, un verre standard contient 13,45 g d'alcool pur [éthanol]) par semaine<sup>1</sup>, tandis que les seuils de faible risque antérieurs étaient de 10 verres standard par semaine pour

les femmes et de 15 pour les hommes<sup>12</sup>. De plus, un nouveau seuil relatif à la consommation d'alcool à risque modéré a été ajouté, soit de 3 à 6 verres standard par semaine<sup>1</sup>. Ces seuils hebdomadaires de consommation d'alcool à risque faible et à risque modéré s'appuient sur des risques de décès à l'échelle de la vie de respectivement 1/1000 et 1/100 et ils tiennent compte des nouvelles données probantes sur la morbidité et la mortalité liées à l'alcool, qui ont été publiées après les recommandations en matière de consommation d'alcool de 2011<sup>1</sup>.

Le seuil de consommation d'alcool par occasion est également plus bas qu'il ne l'était, à savoir que le maximum est de deux verres standard<sup>1</sup>. Les recommandations canadiennes antérieures étaient d'un maximum de deux verres par occasion pour les femmes et de trois verres par occasion pour les hommes<sup>12</sup>, ce qui permettait plusieurs jours de consommation dans le respect de ces limites avant que la limite hebdomadaire ne soit dépassée. Or, selon la nouvelle définition de faible risque, la limite de « deux verres par occasion » est valable une seule fois avant que la limite hebdomadaire ne soit atteinte. Ainsi, les nouveaux seuils de faible risque hebdomadaire et de risque par occasion sont identiques, et l'on ne fait plus de distinction entre les différents schémas de consommation.

Les recommandations canadiennes antérieures proposaient également un second ensemble de seuils par occasion, appelés « seuils pour occasions spéciales », qui correspondaient à une définition des seuils de forte consommation épisodique d'alcool largement utilisée (consommation maximale de quatre verres standard pour les femmes et cinq verres standard les hommes)<sup>13</sup>. Ainsi, les nouvelles recommandations sont « universelles », faisant mention de différences négligeables entre les femmes et les hommes à l'extrémité inférieure de la consommation d'alcool<sup>1</sup>, alors que les recommandations antérieures fournissaient des seuils spécifiques en fonction du sexe pour les hommes et pour les femmes. De ce fait, le nouveau seuil de consommation à faible risque correspond à une plus grande réduction du nombre de verres pour les hommes

\* Il est à noter que les anciennes recommandations du Canada (dans le rapport en lui-même et les rapports connexes) étaient appelées « Directives de consommation d'alcool à faible risque », tandis que les nouvelles recommandations ont pour nom « Repères [canadiens] sur l'alcool et la santé ». Malgré le changement de terminologie, puisque les nouveaux repères<sup>1</sup> comprennent toujours un seuil de faible risque, nous utiliserons, aussi bien pour les nouvelles recommandations que pour les anciennes, le terme « seuils de consommation à faible risque », par souci de simplicité.

(réduction de 87 % ou 13 verres par semaine) que pour les femmes (réduction de 80 % ou 8 verres par semaine).

Non seulement ces nouveaux seuils sont inférieurs aux seuils canadiens antérieurs, mais ils sont inférieurs également aux seuils du continuum de risque de l'OMS ainsi qu'aux seuils correspondant à d'autres définitions de la consommation d'alcool largement utilisées, par exemple dans des pays où le contexte de consommation est semblable à celui du Canada<sup>14</sup>, comme celles du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) des États-Unis et du National Health Service (NHS) du Royaume-Uni. Nous avons choisi d'effectuer des comparaisons avec les définitions de consommation d'alcool internationales ou d'autres pays car l'éventail des types de recommandations est ainsi plus vaste. Plus précisément, nous avons utilisé la définition de forte consommation d'alcool du NIAAA et sa définition du « calage d'alcool » pour ce qui est de la consommation par occasion; la définition du NHS nous a offert un point de comparaison utile puisque ses seuils hebdomadaires et par occasion sont identiques pour les femmes et les hommes et enfin les seuils de consommation d'alcool recommandés par l'OMS nous ont permis de comparer les nouvelles recommandations du Canada à un autre continuum de risque lié à la consommation d'alcool. Voir la section Résultats pour un aperçu détaillé de ces recommandations internationales et étrangères converties en verres standard canadiens.

### Objectifs de l'étude

Étant donné que les nouvelles recommandations établissent un seuil de consommation d'alcool à faible risque plus bas, une plus grande proportion de la population canadienne sera automatiquement classée comme dépassant le seuil de consommation d'alcool à faible risque, mais l'ampleur de cette nouvelle proportion et sa répartition selon le sexe et l'âge ne sont pas encore bien connues. L'objectif de notre étude était de quantifier cette augmentation de la proportion de personnes dépassant le nouveau seuil dans le contexte d'une étude de cohorte observationnelle en cours auprès d'adultes canadiens.

Plus précisément, notre étude avait trois objectifs :

1) mesurer la prévalence globale moyenne du dépassement des nouvelles recommandations quant à la consommation d'alcool à risque faible ou à risque modéré et la comparer avec les proportions relatives aux recommandations canadiennes antérieures et aux seuils établis par le NIAAA, le NHS et l'OMS;

2) vérifier les différences de prévalence selon le sexe assigné à la naissance, compte tenu du passage de recommandations spécifiques à chaque sexe à des recommandations « universelles », ainsi que les différences de prévalence selon le groupe d'âge, compte tenu des différences bien connues dans les habitudes de consommation d'alcool tout au long de l'âge adulte et de la réduction importante des seuils de consommation d'alcool par occasion; et

3) mesurer la connaissance générale des nouvelles recommandations quant à la consommation d'alcool publiées en janvier 2023 et la perception du risque associé aux seuils à risque faible et à risque modéré, dont la perception du risque selon le sexe assigné à la naissance et selon le groupe d'âge. Bien que cette question ne soit pas de nature longitudinale, le calcul de la prévalence au moyen d'un ensemble de données longitudinales a été jugé utile à la réduction de la spécificité temporelle des constatations et à la production d'estimations fiables sur une longue période. Cela est particulièrement pertinent, car les comportements de consommation d'alcool au Canada varient au fil des saisons<sup>15,16</sup> et ont aussi connu des variations au moment de la période la plus intense de la pandémie de COVID-19<sup>17,18</sup>.

## Méthodologie

### Approbation du comité d'éthique

Cette étude a été approuvée par le Hamilton Integrated Research Ethics Board (protocole n° 4699).

### Participants et mesures

Les participants étaient membres d'une cohorte faisant l'objet d'une étude

longitudinale en cours auprès d'adultes recrutés dans la collectivité (N = 1502) dans le sud de l'Ontario, à l'origine à partir d'un registre aux fins de recherche établi entre 2016 et 2018 en fonction d'évaluations ponctuelles en personne. On a inscrit à ce registre des personnes issues de la population des environs (c.-à-d. que le recrutement ne s'est pas fait en clinique, auprès de patients), que l'on a recrutées au moyen de publicités (imprimées et en ligne, entre autres dans des médias sociaux), afin de recueillir des données relatives à divers indicateurs de la santé. Des rapports antérieurs fournissent des renseignements détaillés sur cette cohorte<sup>19</sup>. Les critères d'inclusion généraux étaient les suivants : être âgé de 18 à 65 ans au moment de l'inscription, vouloir participer à des études de recherche en santé et ne souffrir d'aucun problème de santé qui empêcherait la participation à des études de recherche futures.

Au moment de la constitution de la cohorte en septembre 2018, 59,7 % des participants étaient des femmes<sup>†</sup>, 27,3 % n'étaient pas blancs, l'âge moyen était d'environ 35 ans (moyenne [M] : 34,58; écart-type [É.-T.] : 13,93), le revenu annuel médian des ménages était de 60 000 à 74 999 \$ CA et la scolarité médiane était l'atteinte du niveau postsecondaire. Onze collectes des données ont été effectuées en ligne avant la publication des nouvelles recommandations, une collecte ayant eu lieu tous les 3 ou 6 mois<sup>‡</sup> de 2018 à 2022, avec une rétention par rapport aux 1502 participants de départ qui s'est révélée forte tout au long des collectes (pour l'ensemble des collectes, rétention moyenne M : 91,3 %; É.-T. : 3,86 %). Pour répondre aux objectifs 1 et 2 de l'étude, nous avons d'abord calculé le pourcentage de participants qui dépassaient les seuils définis de consommation d'alcool au moment de chacune des collectes, puis nous avons établi la moyenne sur l'ensemble des 11 collectes. Lors d'une collecte de suivi réalisée en avril 2023 (trois mois après la publication des nouvelles recommandations quant à la consommation d'alcool), afin d'atteindre le troisième objectif de notre étude, nous avons utilisé un sous-échantillon de participants (n = 1278) pour obtenir un aperçu des connaissances de la population

<sup>†</sup> La congruence entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre dans cet échantillon est élevée (99 %). Comme les définitions de la consommation d'alcool sont généralement fondées sur des facteurs biologiques plutôt que sur des différences socioculturelles, le sexe assigné à la naissance a été choisi aux fins de l'analyse. Toutefois, cela ne vise pas à réduire l'importance des risques propres au genre ni à nier l'existence de sexes autres que les catégories binaires de sexe masculin et de sexe féminin (ni des genres autres que genre féminin et genre masculin).

<sup>‡</sup> Les collectes de données devaient avoir lieu deux fois par année mais, en raison de la pandémie de COVID-19, deux collectes supplémentaires ont été ajoutées, soit en juillet 2020 et en janvier 2021, ce qui a donné dans ces deux cas un intervalle de trois mois entre les évaluations.

et de sa perception des recommandations. La section « Résultats » présente la synthèse des caractéristiques de cet échantillon.

Les données sur la consommation type de verres d'alcool standard chaque jour de la semaine ont été recueillies au moyen du Daily Drinking Questionnaire (DDQ)<sup>20</sup>. Interroger les participants quant au nombre de verres standard qu'ils avaient généralement consommés au cours de chacun des sept jours de la semaine durant les six derniers mois (trois mois pour les vagues de sondage administrées chaque trimestre) a permis de déterminer si les seuils hebdomadaires et les seuils combinés (c.-à-d. les seuils hebdomadaires et pour une même occasion) étaient dépassés. Pour être classées comme dépassant le seuil combiné de consommation d'alcool, les personnes ne devaient dépasser que le seuil par occasion (selon leur sexe assigné à la naissance) ou le seuil hebdomadaire de faible risque, et pas nécessairement les deux. Il est à noter que, comme de nombreuses études n'incluent pas de données sur la consommation d'alcool par occasion, la section « Résultats » est surtout axée sur la proportion de personnes qui dépassaient le seuil hebdomadaire, et ce, pour des fins de comparabilité et de clarté. Cependant, nous savons que l'étude des seuils combinés offre davantage d'information, par conséquent nous avons fourni, dans les tableaux et les figures, les proportions de personnes qui dépassaient les deux seuils (seuil hebdomadaire, seuil par occasion ou les deux).

Pour déterminer si le sous-échantillon de 1278 participants était au courant des nouvelles recommandations, nous leur avons demandé de répondre par « Oui » ou « Non » à la question « Connaissez-vous les nouvelles lignes directrices sur la consommation d'alcool publiées dans le rapport intitulé *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* »?. Nous avons également posé aux participants deux questions sur les perceptions relatives au risque de dépassement des nouveaux seuils de consommation d'alcool : « Quel est le risque de méfaits sur leur propre personne, de nature physique ou autre, auquel s'exposent les gens qui consomment plus de [deux verres/six verres] d'alcool par semaine? » Ces questions, qui mentionnent respectivement le seuil de risque faible et le seuil de risque modéré, correspondent aux questions utilisées dans le cadre de la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)<sup>21</sup>, les réponses possibles étant

« Aucun risque », « Risque faible », « Risque modéré » et « Risque élevé ».

### Équivalence par rapport aux verres standard canadiens

Afin de faire des comparaisons directes avec les recommandations internationales et étrangères, nous avons traduit les seuils de ces recommandations en verres standard canadiens, définis comme correspondant à 13,45 g d'alcool pur (éthanol), c'est-à-dire une bière ou un verre de cidre (12 oz ou 341 ml, 5 % d'alcool), un verre de vin (5 oz ou 142 ml, 12 % d'alcool) ou un verre de spiritueux (1,5 oz ou 43 ml, 40 % d'alcool)<sup>1</sup>.

La définition de forte consommation d'alcool du NIAAA des États-Unis (où un verre standard équivaut à 1,04 verre standard canadien) correspond au dépassement d'un seuil hebdomadaire de 7 verres standard pour les femmes et de 14 verres standard pour les hommes et d'un seuil par occasion de 3 verres standard pour les femmes et de 4 verres standard pour les hommes<sup>13,22,23</sup>. Pour le NHS du Royaume-Uni, le seuil universel à ne pas dépasser est de 14 unités d'alcool (une unité équivaut à 0,6 verre standard canadien), qui doivent être réparties sur au moins trois jours par semaine<sup>24,25</sup>.

L'OMS utilise un continuum de risque, exprimant ses recommandations quant à la consommation d'alcool en nombre moyen de verres bus les jours de consommation et définissant le seuil de consommation à faible risque comme ne dépassant pas, par jour de consommation, 20 g pour les femmes et 40 g pour les hommes, et le seuil de consommation d'alcool à risque moyen comme ne dépassant pas, par jour de consommation, 40 g pour les femmes et 60 g pour les hommes. L'OMS, qui fait la distinction entre « jour de consommation » et « occasion », a également défini des seuils par occasion correspondant à un maximum de 40 g pour les femmes et de 60 g pour les hommes<sup>8</sup>.

Pour nos comparaisons, dans les cas où les recommandations utilisaient une unité représentant une fraction du verre standard canadien et lorsque des seuils variables étaient définis (p. ex. si les définitions évoquaient « la plupart des jours » et « les occasions spéciales »), nous avons utilisé le seuil le plus bas (c.-à-d. le seuil le plus prudent), que nous avons arrondi au chiffre inférieur. Le tableau 2 présente les

différentes recommandations en matière de consommation d'alcool que nous avons consultées, converties en verres standard canadiens.

### Analyses

En ce qui concerne les objectifs 1 et 2 de l'étude, la proportion moyenne de participants qui dépassaient les seuils à chaque collecte de données a été utilisée pour le calcul de la prévalence du dépassement des nouveaux seuils au sein de l'échantillon par rapport au dépassement des seuils antérieurs et internationaux ou étrangers. En ce qui concerne l'objectif 2, le sexe assigné à la naissance et l'âge au moment de l'évaluation ont été utilisés pour classer les participants dans les catégories suivantes : personnes de moins de 30 ans, personnes de 30 à 49 ans et personnes de 50 ans ou plus. En ce qui concerne l'objectif 3, nous avons utilisé la régression logistique pour calculer le rapport de cotes de la perception des différents seuils comme comportant un risque, selon le sexe assigné à la naissance et la catégorie d'âge (selon l'âge au moment de l'évaluation), par rapport aux déclarations des participants quant à leur consommation d'alcool, à leur connaissance des nouvelles recommandations, à leur niveau de scolarité et au revenu de leur ménage au moment de l'évaluation.

## Résultats

### Caractéristiques globales de la consommation d'alcool

En moyenne, 74 % (proportion de 67 à 80 % selon les collectes) de l'échantillon a déclaré boire au moins un verre standard par semaine (voir la [figure supplémentaire S1](#) [en anglais seulement] à l'adresse [https://osf.io/57e94/?view\\_only=a8d2ed52c74b43b1b5262f59788c0c65](https://osf.io/57e94/?view_only=a8d2ed52c74b43b1b5262f59788c0c65)). Bien que l'on n'ait pas recruté les participants en vue de constituer un échantillon représentatif à l'échelle nationale, la proportion d'adultes qui consomment de l'alcool au sein de l'échantillon correspond aux tendances en Ontario (74 %) et aux tendances nationales canadiennes en matière de consommation, soit de 76 % à 78 % selon les estimations de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) de 2019<sup>4</sup>. Chez les personnes de l'échantillon qui déclaraient consommer de l'alcool, le nombre moyen de verres standard bus par semaine pour l'ensemble des vagues était de 7,0 (consommation moyenne

minimale et maximale pour l'ensemble des vagues : 6,5 et 7,9), et les verres étaient en moyenne bus sur 3,0 (moyenne minimale et maximale pour l'ensemble des vagues : 2,8 et 3,4) jours par semaine (tableau 1). La consommation par occasion la plus élevée chez les personnes qui buvaient de l'alcool était, en moyenne, de 2,7 verres (moyenne minimale et maximale pour l'ensemble des vagues : 2,5 et 3,2).

### Seuils de risque hebdomadaires et combinés selon les recommandations

La figure 1-A révèle, au moyen de données agrégées, la prévalence du dépassement des seuils de consommation d'alcool à risque faible et à risque modéré, globalement (c'est-à-dire la moyenne de tous les points dans le temps) et sur plusieurs années, en fonction des points de repère canadiens, internationaux et étrangers. Les différences quant à la prévalence entre le nouveau seuil de consommation à faible risque du Canada et les autres recommandations, en données agrégées, sont résumées dans le tableau 2. (Pour illustrer les différences quant à la prévalence entre le nouveau seuil de consommation d'alcool à faible risque du Canada et les autres recommandations au cours de l'année avant la publication, en 2023, des nouveaux

repères canadiens sur l'alcool, nous en présentons une synthèse dans le [tableau supplémentaire 1](#), le [tableau supplémentaire 2](#) [en anglais seulement] fournissant les données sociodémographiques). En moyenne, pour l'ensemble des collectes de données, plus de la moitié (52,2 %) de l'échantillon a été classée comme dépassant le nouveau seuil de consommation d'alcool à faible risque, établi à deux verres par semaine, et les participants étaient 4,6 fois plus nombreux à dépasser ce seuil qu'à dépasser l'ancien seuil canadien de consommation à faible risque (11,3 %). En ce qui concerne la comparaison avec les recommandations internationales et étrangères quant à la consommation d'alcool hebdomadaire, la proportion de ceux qui dépassaient le nouveau seuil de faible risque était de 3,2 fois la proportion de ceux qui dépassaient le seuil du NIAAA (16,4 %), de 2,6 fois la proportion de ceux qui dépassaient le seuil du NHS (19,9 %) et de 1,8 fois la proportion de ceux qui dépassaient le seuil de l'OMS (28,7 %).

### Différences de prévalence selon le sexe et l'âge

Le tableau 3 présente la synthèse des différences de prévalence du dépassement des nouveaux et des anciens seuils canadiens de consommation d'alcool à faible risque selon le sexe et l'âge. Notre étude

révèle qu'un pourcentage plus élevé d'hommes (57,3 %) que de femmes (48,8 %) dépassaient le nouveau seuil de consommation à faible risque, alors que selon la précédente définition canadienne de la consommation d'alcool à faible risque, les pourcentages d'hommes et de femmes qui dépassaient le seuil de faible risque étaient similaires (respectivement de 10,8 % et de 11,7 %). Ainsi, la prévalence du dépassement du nouveau seuil de consommation à faible risque par rapport à l'ancien seuil est 5,3 fois plus élevée chez les hommes alors qu'il est 4,2 fois plus élevée chez les femmes. La figure 1-B présente d'autres résultats de prévalence moyenne de dépassement des recommandations quant à la consommation d'alcool à risque faible ou modéré canadiennes, internationales et étrangères, selon le sexe.

Le pourcentage de jeunes adultes (de moins de 30 ans) qui dépassaient le nouveau seuil de consommation d'alcool à faible risque (53,5 %) était semblable à celui des 50 ans et plus (52,5 %), alors qu'il y avait une différence de près de 9 % entre les catégories d'âge selon le seuil de consommation à faible risque combiné précédent (les dépassements étaient de respectivement 28,4 % et 19,6 %), qui reflétait la forte consommation épisodique d'alcool des jeunes adultes. La prévalence

TABLEAU 1

Données sociodémographiques et données statistiques moyennes sur les habitudes de consommation d'alcool au sein d'un échantillon et d'un sous-échantillon d'adultes recrutés dans la collectivité dans le sud de l'Ontario, Canada

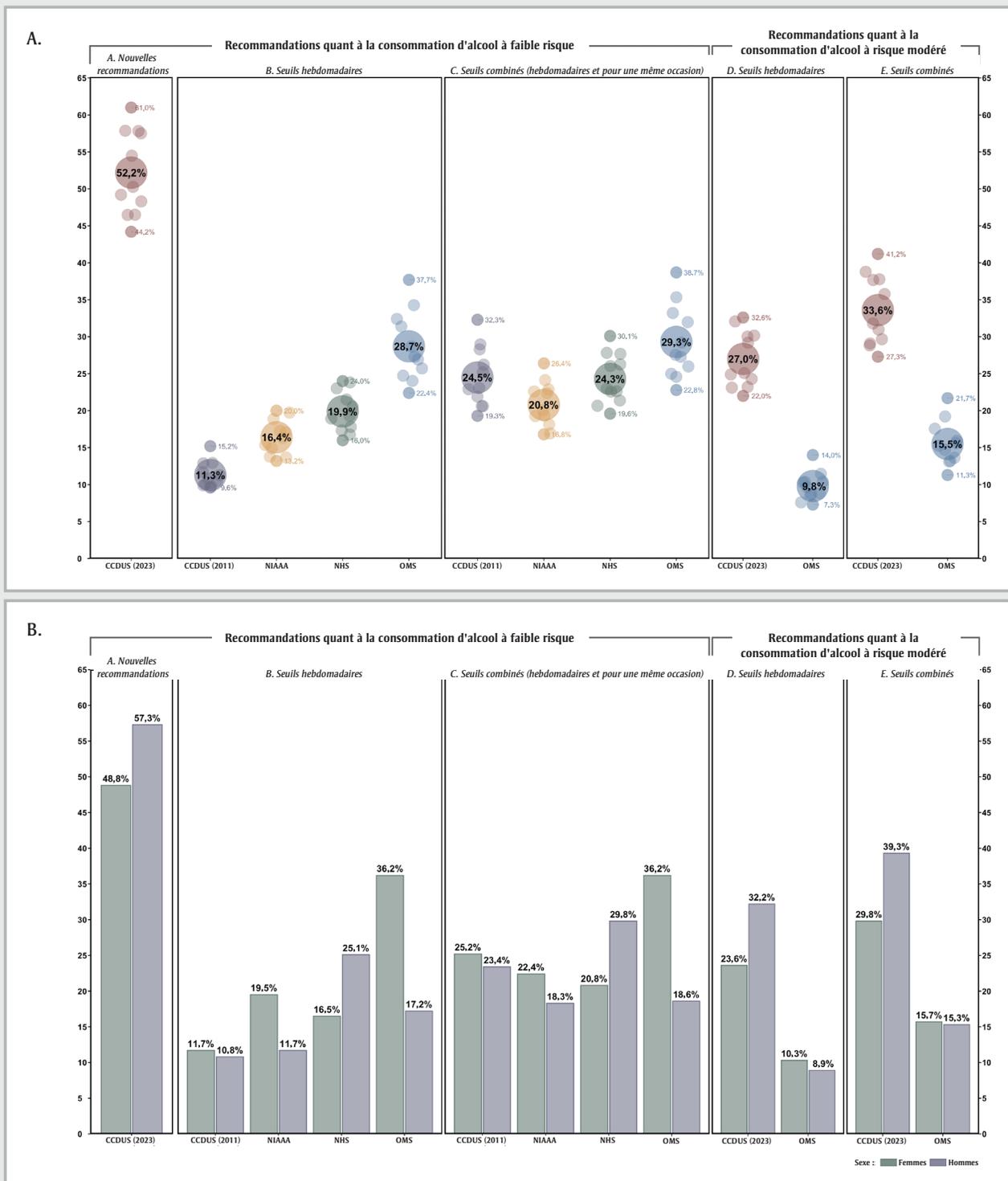
	Échantillon global (N = 1502)	Sous-échantillon pour analyse des attitudes et des perceptions (n = 1278)
<b>Données sociodémographiques</b>	<b>(sept. 2018)</b>	<b>(avril 2023)</b>
Femmes, N (%)	896 (59,7)	786 (61,5)
Personnes non blanches, N (%)	309 (21,6)	265 (20,7)
Revenu annuel médian des ménages (\$) CA	60 000 à 74 999	90 000 à 105 000 <sup>a</sup>
Âge moyen (É.-T.)	34,58 (13,93)	39,78 (14,14)
Moins de 30 ans, N (%)	761 (50,67)	466 (36,46)
30 à 49 ans, N (%)	423 (28,16)	469 (36,70)
50 ans ou plus, N (%)	318 (21,17)	343 (26,84)
<b>Habitudes de consommation d'alcool</b>	<b>Ensemble des vagues (sept. 2018 à oct. 2022)</b>	<b>(avril 2023)</b>
Verres par semaine, moyenne (É.-T.)	5,18 (0,18)	4,45 (0,19)
Nombre de jours de consommation d'alcool/semaine, moyenne (É.-T.)	2,2 (0,05)	1,93 (0,05)
Nombre maximal moyen de verres par occasion, moyenne (É.-T.)	2,02 (0,08)	1,81 (0,06)
Score total au questionnaire AUDIT <sup>b</sup> , moyenne (É.-T.)	3,57 (0,16)	3,24 (0,11)

**Abbreviations :** AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test; É.-T., écart-type.

<sup>a</sup> n = 1 manquant.

<sup>b</sup> Le score possible au questionnaire AUDIT va de 0 (abstinence) à 40, et un score entre 1 et 7 indique une consommation d'alcool à faible risque.

**FIGURE 1**  
**Pourcentage de personnes qui dépassent les seuils dans l'ensemble (A) et selon le sexe assigné à la naissance (B), d'après un échantillon de 1502 participants du sud de l'Ontario, interrogés à l'occasion de 11 collectes de données, 2018 à 2022**



**Abréviations :** CCDUS, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; NIAAA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; NHS, National Health Service; OMS, Organisation mondiale de la santé.

**Remarques :** Sur la figure 1-A, les grands cercles représentent les moyennes pour l'ensemble des 11 collectes de données (de 2018 à 2022), tandis que les petits cercles représentent chacune des collectes. Les valeurs minimales et maximales sont inscrites en regard de la collecte pertinente. Dans la figure 1-B, les barres représentent les moyennes pour l'ensemble des 11 collectes de données (de 2018 à 2022). Dans les deux figures, les panneaux correspondent à ce qui suit : A) le nouveau seuil des recommandations canadiennes quant à la consommation d'alcool à faible risque; B) les seuils hebdomadaires de consommation d'alcool à faible risque; C) les seuils de consommation d'alcool à faible risque combinés (hebdomadaire et par occasion); D) les seuils hebdomadaires de consommation d'alcool à risque modéré; E) les seuils de consommation d'alcool à risque modéré combinés (hebdomadaire et par occasion). Ici, les recommandations quant à la consommation d'alcool à faible risque font que l'on est classé de façon binaire, soit comme respectant le seuil, soit comme le dépassant et ayant une consommation à risque élevé. Pour ce qui est des recommandations qui utilisent un continuum de risque, leur seuil « modéré » ou « moyen » est inclus dans cette figure sous le terme « consommation d'alcool à risque modéré », car un seuil de risque moins élevé existe sur leur continuum.

TABLEAU 2

Seuils des recommandations quant à la consommation d'alcool (convertis en verres standard canadiens) et multiplication moyenne de la prévalence du dépassement des seuils que représentent les nouvelles recommandations par rapport aux différents autres seuils, d'après un échantillon de 1502 participants du sud de l'Ontario, interrogés à l'occasion de 11 collectes de données, 2018 à 2022

Recommandations (pays, année)	Seuil hebdomadaire	Seuil par occasion	Multiplication moyenne de la prévalence (min.–max.) <sup>a</sup>	
			a. Seuil hebdomadaire	b. Seuils combinés
<b>Consommation à faible risque</b>				
CCDUS : Repères [canadiens] sur l'alcool et la santé – faible risque (Canada, 2023)	Maximum de 2 verres standard par semaine	Maximum de 2 verres standard par jour de consommation	–	–
CCDUS : Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (Canada, 2011)	Maximum de 10 verres standard par semaine pour les femmes et de 15 pour les hommes	Maximum de 2 verres standard pour les femmes et de 3 pour les hommes les jours ordinaires Maximum de 3 verres standard pour les femmes et de 4 pour les hommes en cas d'occasion spéciale	4,6 (4,0–4,6)	2,1 (1,9–2,3)
NIAAA : Heavy Alcohol Use (États-Unis, 2009)	Maximum de 7 verres standard par semaine pour les femmes et de 14 pour les hommes	Maximum de 3 verres standard pour les femmes et de 4 pour les hommes	3,2 (3,1–3,3)	2,5 (2,3–2,6)
NHS : Low-Risk Drinking Advice (Royaume-Uni, 2016)	Maximum de 8,3 verres standard	La quantité de verres par semaine doit être consommée sur au moins trois jours (ce qui indique implicitement un maximum de trois verres par occasion)	2,6 (2,5–2,8)	2,1 (2,0–2,3)
OMS : Low Risk Drinking Category (global, 2000)	Maximum de 1,5 verre standard pour les femmes et de 3,0 pour les hommes par jour de consommation au cours d'une même semaine	Maximum de 3,0 verres standard pour les femmes et de 4,5 pour les hommes	1,8 (1,6–2,0)	1,8 (1,6–1,9)
<b>Risque modéré</b>				
CCDUS : Repères [canadiens] sur l'alcool et la santé – risque modéré (Canada, 2023)	Maximum de 6 verres standard par semaine	Maximum de 2 verres par jour de consommation	–	–
OMS : Medium Risk Drinking Category (global, 2000)	Maximum de 3,0 verres standard pour les femmes et de 4,5 pour les hommes par jour de consommation au cours d'une même semaine	Maximum de 3,0 verres standard pour les femmes et de 4,5 pour les hommes	2,8 (2,3–3,0)	2,2 (1,9–2,4)

**Abbreviations :** CCDUS, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; NIAAA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; NHS, National Health Service; OMS, Organisation mondiale de la santé

**Remarques :** Le tableau présente les définitions des recommandations quant à la consommation d'alcool ainsi que la multiplication de la prévalence du dépassement des seuils, qu'il s'agisse : a) du seuil de consommation hebdomadaire ou b) du seuil combiné de consommation d'alcool (hebdomadaire et par occasion) correspondant aux nouvelles recommandations canadiennes de 2023 (par rapport aux différents autres seuils) quant à la consommation d'alcool à faible risque et à risque modéré.

<sup>a</sup> La multiplication de la prévalence signifie que le nombre de personnes de l'échantillon qui seraient classées comme dépassant les nouvelles recommandations canadiennes quant à la consommation d'alcool (2023) serait X fois plus élevé que selon les recommandations de comparaison. On obtient le chiffre multiplicateur en divisant la proportion moyenne des personnes qui dépassent le nouveau seuil par la proportion moyenne de ceux qui dépassent les recommandations de comparaison.

du dépassement du seuil de consommation d'alcool à faible risque chez les moins de 30 ans était 1,9 fois plus élevée que selon les recommandations de consommation à faible risque antérieures, tandis qu'elle était 2,7 fois plus élevée chez les 50 ans et plus.

### Connaissance et perception des nouvelles recommandations

Parmi les 1278 participants du sous-échantillon d'avril 2023 dont nous avons évalué les connaissances et les perceptions, 71,0 %

(n = 908) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois. Un tout petit peu plus de la moitié des participants (51,1 %) ont déclaré connaître les nouvelles recommandations canadiennes. Ce pourcentage est inférieur au résultat obtenu chez les Canadiens interrogés en février 2023, dont 58,7 % connaissaient les recommandations canadiennes, mais la question portait dans ce cas aussi bien sur les anciennes que sur les nouvelles recommandations<sup>26</sup>. De plus, la majorité des répondants (77,4 %) ont estimé que la consommation de plus de deux verres standard par semaine ne présentait aucun

risque ou présentait un risque faible, tandis que 22,6 % des répondants ont estimé qu'elle représentait un risque modéré ou supérieur (figure 2). Le dépassement du seuil de consommation à risque modéré a été généralement considéré comme risqué : 60,4 % des participants ont indiqué que plus de six verres standard par semaine correspondaient à un risque modéré ou supérieur.

Le tableau 4 présente les probabilités de percevoir la consommation d'alcool au-delà des seuils de risque faible (plus de 2 verres) ou de risque modéré (plus de

TABLEAU 3

Pourcentage de personnes qui dépassent les nouveaux seuils canadiens par rapport aux recommandations canadiennes de 2011 dans l'ensemble, selon le sexe assigné à la naissance et selon l'âge, et multiplication de la prévalence, d'après un échantillon de 1502 participants du sud de l'Ontario, interrogés à l'occasion de 11 collectes de données, 2018 à 2022

Groupe	Recommandations de 2023	Recommandations de 2011		Multiplication moyenne de la prévalence (min.–max.) <sup>a</sup>	
	% de personnes qui dépassent les recommandations quant à la consommation à faible risque	% de personnes qui dépassent les seuils hebdomadaires	% de personnes qui dépassent les seuils combinés	a. Seuil hebdomadaire	b. Seuils combinés
Ensemble	52,2	11,3	24,5	4,6 (4,0–4,6)	2,1 (1,9–2,3)
Sexe					
Féminin	48,8	11,7	25,2	4,2 (3,7–4,2)	1,9 (1,7–2,1)
Masculin	57,3	10,8	23,4	5,3 (4,5–5,5)	2,4 (2,2–2,6)
Âge (ans)					
Moins de 30	53,5	10,4	28,4	5,1 (4,6–6,1)	1,9 (1,7–2,2)
30 à 49	49,8	11,8	22,3	4,2 (3,2–4,8)	2,2 (2,2–2,4)
50 et plus	52,5	12,3	19,6	4,3 (3,4–4,9)	2,7 (2,4–2,8)

**Remarques :** Le tableau présente le pourcentage de personnes qui dépassent les nouvelles recommandations (2023) quant à la consommation d'alcool au Canada et les précédentes recommandations (2011), ainsi que la multiplication de la prévalence du dépassement des seuils, qu'il s'agisse a) du seuil de consommation hebdomadaire ou b) du seuil combiné de consommation d'alcool (hebdomadaire ou par occasion) correspondant aux nouvelles recommandations canadiennes de 2023 (par rapport à celles de 2011) quant à la consommation d'alcool à faible risque et à risque modéré.

<sup>a</sup> La multiplication de la prévalence signifie que le nombre de personnes de l'échantillon qui seraient classées comme dépassant les nouvelles recommandations canadiennes (2023) quant à la consommation d'alcool serait X fois plus élevé que selon les recommandations canadiennes de 2011. On obtient le chiffre multiplicateur en divisant la proportion moyenne des personnes qui dépassent le nouveau seuil par la proportion moyenne de ceux qui dépassent les seuils de 2011.

6 verres) comme étant risquée (c.-à-d. comme présentant un risque modéré ou plus élevé). Les femmes étaient 13 % (rapport de cotes [RC] = 1,13; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,07 à 1,19;  $p < 0,001$ ) plus susceptibles que les hommes de déclarer qu'elles jugeaient la consommation de plus de six verres par semaine comme étant risquée. Il n'y avait pas de différence significative entre la probabilité que les femmes et les hommes déclarent qu'ils jugeaient la consommation de plus de deux verres par semaine comme risquée (RC = 1,04, IC : 0,99 à 1,09;  $p > 0,05$ ). Les personnes de 50 ans et plus étaient 12 % moins susceptibles que les personnes de moins de 30 ans de déclarer que la consommation d'alcool au-delà du seuil de faible risque était risquée (RC = 0,88; IC : 0,83 à 0,93;  $p < 0,001$ ) et 14 % moins susceptibles qu'elles de déclarer que le dépassement du seuil de risque modéré (RC = 0,86; IC : 0,80 à 0,92;  $p < 0,001$ ) était risqué.

## Analyse

Cette étude a porté sur la prévalence du dépassement des nouvelles recommandations canadiennes quant à la consommation d'alcool par rapport à la prévalence du dépassement des recommandations canadiennes antérieures et d'autres points

de repère internationaux et étrangers, au sein d'un échantillon longitudinal d'adultes recrutés dans la collectivité. La comparaison de la prévalence a révélé que plus de personnes dépassaient la nouvelle définition de la consommation d'alcool à faible risque. En effet, plus de la moitié (52 %) de l'échantillon dépassait le nouveau seuil canadien de faible risque, établi à deux verres par semaine. Cette constatation correspond à l'estimation de 50 % à laquelle était arrivée une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens en 2019<sup>27</sup>. La prévalence du dépassement des recommandations hebdomadaires canadiennes antérieures au sein de l'échantillon, qui est de 11 %, est inférieure à l'estimation nationale canadienne, qui est de 23 %<sup>4</sup>. Toutefois, l'utilisation de l'estimation nationale de la prévalence signifierait tout de même que la proportion de personnes classées comme dépassant le nouveau seuil de consommation d'alcool à faible risque serait plus de deux fois supérieure à la proportion de personnes dépassant les seuils antérieurs.

### Conséquences des recommandations universelles selon le sexe et l'âge

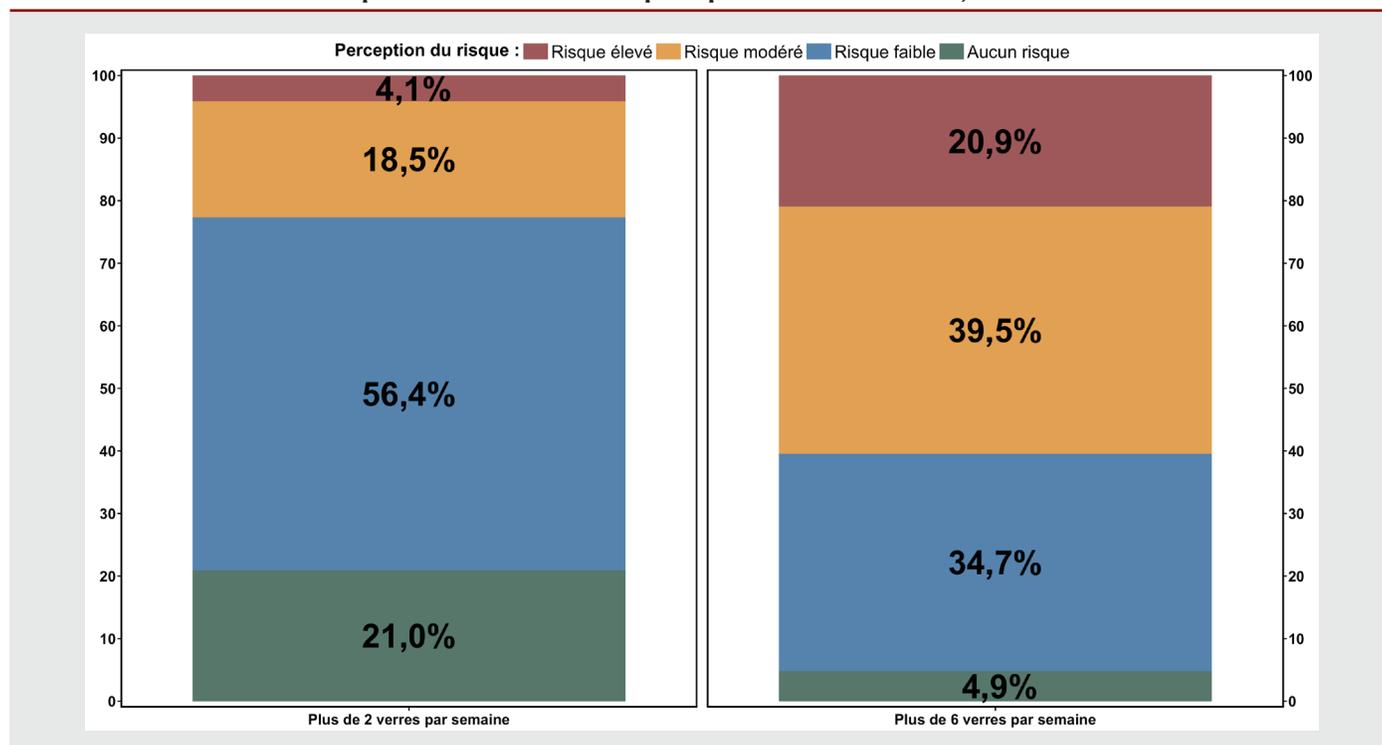
Un pourcentage plus élevé d'hommes (57 %) que de femmes (49 %) dépassent le nouveau seuil de consommation d'alcool à

faible risque, alors que moins d'hommes que de femmes dépassaient le seuil de faible risque antérieur. Il s'agit du prolongement logique de la réduction plus importante du nombre de verres pour les hommes selon les nouveaux repères, auquel il faut ajouter le fait que les hommes canadiens consomment généralement un plus grand volume d'alcool que les femmes<sup>28</sup>. Cela va également dans le sens des constatations similaires dont font état les données de l'ECAD de 2019, selon laquelle 62 % des hommes contre 38 % des femmes dépassaient les nouvelles recommandations hebdomadaires<sup>27</sup>. On a constaté que, selon la nouvelle définition de la consommation d'alcool à faible risque, qui, contrairement à la définition antérieure, ne comprend pas de recommandations propres au sexe, 8,5 % plus d'hommes que de femmes dépassent les recommandations alors que, selon les recommandations antérieures, la différence entre les sexes n'était que de 1 % à 2 %.

Bien que le fait de délaisser la binarité sexuelle soit utile, puisque cela permet de diffuser des messages simples sur les dangers liés à l'alcool, cela peut également laisser entendre que l'absorption et le métabolisme de l'alcool sont les mêmes chez les deux sexes. Or la raison du choix

FIGURE 2

Perception du risque que représente le dépassement des seuils canadiens de consommation d'alcool à risque faible et modéré de 2023, d'après un échantillon de 1278 participants du sud de l'Ontario, avril 2023



**Remarque :** Il s'agit des pourcentages associés aux différentes réponses quant à l'ampleur du risque perçu; la question était : « Quel est le risque de méfaits envers eux-mêmes, de nature physique ou autre, auquel s'exposent les gens qui consomment plus de [deux verres/six verres] d'alcool par semaine? »; les seuils étaient ceux des nouvelles recommandations hebdomadaires canadiennes (2023) de consommation d'alcool à faible risque (plus de 2 verres constituent un dépassement) et à risque modéré (plus de 6 verres constituent un dépassement).

TABLEAU 4

Pourcentages et rapports de cotes en ce qui concerne la perception de la consommation d'alcool dépassant les nouvelles recommandations canadiennes (2023) quant à la consommation à risque faible et modéré comme étant risquée, selon le sexe assigné à la naissance et l'âge, d'après un échantillon de 1278 participants du sud de l'Ontario, avril 2023

	% de personnes qui perçoivent le dépassement des nouvelles recommandations comme risqué		Perception de la consommation de plus de 2 verres (dépassement du seuil de faible risque) comme risquée		Perception de la consommation de plus de 6 verres (dépassement du seuil de risque modéré) comme risquée	
	plus de 2 verres	plus de 6 verres	RC (IC à 95 %) <sup>a</sup>	Valeur de <i>p</i>	RC (IC à 95 %) <sup>a</sup>	Valeur de <i>p</i>
<b>Sexe</b>						
Féminin	23,9	64,8	1,04 (0,99 à 1,09)	0,097	1,13 (1,07 à 1,19)	< 0,001
Masculin	20,5	53,4	1,00 (1,00 à 1,00)	–	1,00 (1,00 à 1,00)	–
<b>Âge (ans)</b>						
Moins de 30	27,9	65,2	1,00 (1,00 à 1,00)	–	1,00 (1,00 à 1,00)	–
30 à 49	22,6	61,6	0,93 (0,88 à 0,98)	<b>0,009</b>	0,95 (0,89 à 1,01)	0,091
50 et plus	15,5	52,2	0,88 (0,83 à 0,93)	< <b>0,001</b>	0,86 (0,80 à 0,92)	< <b>0,001</b>

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

**Remarques :** Le tableau présente le pourcentage de 1278 participants qui perçoivent le dépassement des nouveaux seuils de consommation à risque faible et modéré comme étant risqué (risque modéré ou plus élevé). Les valeurs de *p* < 0,05 (statistiquement significatives) sont indiquées en gras.

<sup>a</sup> Nous avons ajusté les RC et les IC à 95 % des variables d'intérêt que sont le sexe assigné à la naissance et l'âge en fonction des variables explicatives que sont la consommation d'alcool déclarée, la connaissance des nouvelles recommandations, le niveau de scolarité et le revenu annuel du ménage.

d'un seuil de consommation à faible risque commun aux deux sexes est que les risques sont semblables pour les femmes et les hommes lorsque la consommation se situe en deçà de ce seuil<sup>1</sup>. Cependant, comme les messages sont axés sur un continuum de risques et mettent en évidence le fait qu'une consommation moindre est plus sûre, on minimise involontairement les différences de risque entre les sexes et les genres<sup>8</sup>. Plus précisément, la variation du risque est liée aux différences dans la taille de l'organisme, sa composition et l'évolution de l'alcool dans celui-ci, éléments qui peuvent tous entraîner une plus grande sensibilité à l'alcool chez les femmes<sup>29</sup>, des risques aigus liés à l'alcool associés au sexe et au genre comme le fait de subir des blessures<sup>30</sup>, des agressions sexuelles et de la violence de la part d'un partenaire intime<sup>29</sup> ou encore des risques chroniques, comme une plus grande propension pour les femmes à devenir rapidement dépendantes à l'alcool (on parle alors de « télescopage » des complications)<sup>31</sup>. Par conséquent, des messages plus fermes quant aux risques en fonction du sexe et du genre seraient bénéfiques.

Selon le seuil combiné de consommation d'alcool de 2011, il y avait une différence de 9 % dans la prévalence du dépassement du seuil de faible risque entre les jeunes adultes (moins de 30 ans) et les adultes de 50 ans et plus, mais cette différence est réduite à 1 % selon le nouveau seuil de faible risque. À mesure que les adultes vieillissent, leurs habitudes de consommation passent généralement d'une consommation épisodique à une consommation plus fréquente, mais en quantité plus faible par occasion<sup>32</sup>. C'est une donnée utile, car les recommandations antérieures définissaient la consommation fréquente de faibles quantités (p. ex. une consommation par jour) comme étant une consommation à faible risque, alors que les nouvelles recommandations classent cette tendance comme dépassant les seuils de risque faible et modéré. Fait à noter, comme les nouvelles recommandations font moins de différence entre les habitudes de consommation des jeunes adultes et celles des adultes d'un certain âge, on

risque de perdre de vue les particularités inhérentes aux habitudes de consommation des uns et des autres. Du point de vue de la santé publique, les nouvelles recommandations quant à la consommation d'alcool pourraient être plus pertinentes pour les personnes de 55 ans et plus, compte tenu des risques aigus propres à l'âge, comme les interactions avec les médicaments<sup>33</sup>, les accidents et les chutes<sup>34</sup>, les pertes cognitives<sup>35</sup> et d'autres changements physiologiques liés à l'âge, qui réduisent la capacité de métaboliser l'alcool et la protection contre ses effets néfastes<sup>36</sup>.

Les messages universels sur les méfaits de la consommation d'alcool mettent l'accent sur le fait que toute quantité entraîne un risque, quel que soit le type de personne. Malgré l'inclusivité et la simplicité de ce message, la littérature a mis en évidence le fait que l'on devrait viser un équilibre par rapport à la spécificité des types de risques aigus et chroniques selon le sexe ou le genre et selon l'âge<sup>37</sup>. Notre étude le montre : la prévalence du dépassement du nouveau seuil de consommation d'alcool à faible risque au Canada, contrairement à celle des seuils antérieurs, n'est pas répartie de manière égale chez les deux sexes et dans tous les groupes d'âge. Il pourrait donc être profitable de diffuser des messages spécifiques dans le cadre des futurs efforts en santé publique. Notre étude montre également que les chercheurs doivent être prudents lorsqu'ils utilisent le nouveau seuil de consommation d'alcool à faible risque : la proportion élevée de personnes dépassant le seuil et l'éventuel masquage de différences importantes dans les habitudes de consommation d'alcool selon les sous-groupes pourraient limiter l'utilité du nouveau seuil en contexte de recherche.

### **Éléments dont il faut tenir compte en ce qui concerne les bas seuils en contexte de recherche**

Outre les risques chroniques qui lui sont exclusivement associés, comme les risques de morbidité et de décès<sup>38</sup>, la forte consommation épisodique d'alcool comporte

également des risques aigus liés à la dose, comme les blessures attribuables à l'alcool qui entraînent une consultation à l'urgence<sup>39</sup>, les tentatives de suicide<sup>40</sup>, la violence<sup>41,42</sup> et l'augmentation des problèmes liés à l'alcool<sup>43</sup>. Ainsi, l'utilisation des seuils de consommation hebdomadaire moyenne et de consommation d'alcool par occasion permet une meilleure estimation de la consommation d'alcool à risque qu'une seule mesure<sup>9,32</sup>.

Or, contrairement à d'autres seuils de référence, la nouvelle définition de la consommation à faible risque utilise la même limite de deux verres pour le seuil hebdomadaire que pour le seuil par occasion. Les nouvelles recommandations mettent l'accent sur le fait que, au-delà de deux verres standard, il y a un risque accru de méfaits aigus qui coïncide avec l'augmentation de l'alcoolémie. Selon les facteurs biologiques et la période pendant laquelle les boissons sont consommées, une alcoolémie de 0,05 % ou plus\*\* est possible chez certains si trois verres standard sont consommés en deux heures<sup>44</sup>. Bien qu'il soit pertinent que les nouvelles recommandations mettent en évidence l'existence de risques aigus au plus bas seuil par occasion, en particulier parce que les personnes dont les facultés sont affaiblies ont tendance à sous-estimer leur degré d'intoxication<sup>45</sup>, cela introduit également une plus grande variabilité dans la mesure de la prévalence du risque aigu, puisque la composition de l'organisme et la période de consommation, peuvent faire que les personnes conservent une faible alcoolémie même après avoir consommé plus de deux verres. Par conséquent, les chercheurs qui s'intéressent aux risques aigus associés à la forte consommation épisodique d'alcool pourraient continuer d'utiliser d'autres points de référence, tels que la définition de « calage d'alcool » du NIAAA<sup>††</sup>, soit la consommation de quatre verres ou plus par les femmes et de cinq verres ou plus par les hommes en deux heures environ<sup>13</sup>, seuil auquel la certitude est plus grande quant aux effets psychoactifs importants ressentis par les personnes, qui seraient alors juridiquement considérées comme ayant les facultés affaiblies

<sup>8</sup> Le rapport technique du CCDUS sur les nouvelles recommandations met en évidence les risques établis que représente la consommation d'alcool selon le sexe et le genre, mais ces risques ne sont pas inclus dans les communications destinées à la population générale (comme les résumés infographiques).

\*\* Une alcoolémie de 0,08 % (qui correspond à la définition juridique de l'affaiblissement des facultés) est également possible. Par exemple, selon l'outil de calcul de l'alcoolémie du NIAAA, l'alcoolémie estimée pour une femme qui pèse 165 livres (75 kg) et consomme trois verres standard sur deux heures est de 0,08 %<sup>44</sup>.

†† Dans son rapport technique, le CCDUS fait référence aux quatre verres et plus pour les femmes et aux cinq verres et plus pour les hommes, qui définissent la forte consommation épisodique d'alcool, mais il n'insiste sur celle-ci dans aucune communication destinée au public, ce qui est logique, étant donné qu'une limite par occasion qui dépasse la limite hebdomadaire de deux consommations semblerait contre-intuitive aux yeux des consommateurs.

(puisqu'elles présenteraient une alcoolémie d'au moins 0,08 %).

Un autre élément dont on pourrait devoir tenir compte en contexte de recherche, en ce qui a trait au fait que les nouvelles recommandations hebdomadaires et ponctuelles sont très différentes des recommandations canadiennes antérieures et des recommandations internationales et étrangères, est que les comparaisons avec les tendances passées et les tendances ailleurs dans le monde en matière de surveillance des populations peuvent s'avérer difficiles. Elles le seront particulièrement dans le contexte de recherches où l'on n'aurait recueilli des données que sur le pourcentage de personnes dépassant les seuils de consommation d'alcool alors jugés à faible risque. Par conséquent, les mesures fines de la consommation d'alcool qui permettent de tenir compte de divers seuils hebdomadaires et par occasion, telles que le DDQ<sup>20</sup> ou la méthode Timeline Follow Back (TLFB)<sup>46</sup>, seraient très utiles. Leur intégration permettrait le calcul de divers seuils (p. ex. en fonction de la définition juridique de l'affaiblissement des facultés) quant aux moyennes hebdomadaires et aux quantités habituellement consommées par occasion et garantirait la comparabilité future des données sur la prévalence au fil du temps.

### **Connaissance des nouveaux repères et perception de ceux-ci**

La consommation d'alcool étant très répandue au Canada, il se pourrait qu'une majeure partie de la population ne se sente pas à l'aise avec la modification importante des repères en santé publique que représentent les nouvelles recommandations. La couverture médiatique à la suite de la publication des nouvelles recommandations quant à la consommation d'alcool s'est fait l'écho de ce malaise : de la réticence a été rapportée, et de nombreuses personnes ont signalé qu'elles n'avaient pas l'intention de réduire leur consommation d'alcool<sup>47,48</sup>. L'opinion de notre échantillon allait dans le même sens. En effet, moins du quart de celui-ci considérerait qu'il y avait un risque modéré ou plus élevé à consommer plus de deux verres par semaine. Si la perception de ce risque n'entraîne pas nécessairement de changement de comportement<sup>49</sup>, il demeure que le changement est peu probable en l'absence de perception des méfaits liés à l'alcool. Il semble donc improbable que les nouvelles recommandations entraînent

une réduction de la consommation d'alcool si l'on ne déploie pas de vastes efforts de sensibilisation et d'éducation auprès du public. Par conséquent, pour que les recommandations quant à la consommation d'alcool aient une incidence nationale, des stratégies supplémentaires, comme des étiquettes de mise en garde<sup>50,51</sup> ou des campagnes de promotion, pourraient s'avérer nécessaires.

Les autres stratégies utiles à la réduction de la consommation d'alcool à haut risque au sein d'une population sont la restriction de l'accès à l'alcool<sup>52</sup>, la restriction de la publicité<sup>52</sup> et l'augmentation des taxes<sup>52,53</sup>. En effet, dans son programme SAFER, l'OMS désigne ces interventions de réduction des méfaits et du fardeau de la maladie attribuables à l'alcool comme ayant un bon rapport coût-efficacité<sup>52</sup>. Dans le même ordre d'idées, la disponibilité accrue de l'alcool permise par l'assouplissement des lois a entraîné une augmentation des décès<sup>54</sup> et des consultations à l'urgence<sup>55</sup> associés à l'alcool, ainsi qu'une forte consommation épisodique d'alcool chez les jeunes adultes<sup>56</sup>, éléments qui coûtent cher à la société sur le plan des soins de santé comme sur d'autres plans<sup>57,58</sup>.

L'accès à l'alcool varie selon les régions du Canada. En Ontario, le gouvernement a récemment élargi l'accès à l'alcool en permettant sa vente dans les dépanneurs et les épiceries, ce qui a créé environ 8 500 nouveaux points de vente<sup>59</sup>. De plus, en 2018, le gouvernement de l'Ontario a gelé les taxes sur l'alcool, et ce gel durera au moins jusqu'en 2026<sup>59</sup>. La privatisation de la vente d'alcool, qui devrait faire baisser les prix<sup>54</sup>, pourrait également provoquer une augmentation de la consommation chez les Ontariens. Les nouvelles recommandations canadiennes quant à la consommation d'alcool ont pour but de réduire cette dernière au sein de la population afin de limiter les méfaits qui y sont liés, mais les politiques provinciales qui facilitent l'accès à cette substance et en réduisent le coût nuisent à l'atteinte de ce but, ce qui semble particulièrement évident dans la mesure où trois quarts des participants jugent la consommation de plus de deux verres par semaine comme présentant peu de risques ou n'en présentant aucun.

### **Points forts et limites**

Les constatations ci-dessus sont à retenir en tenant compte de plusieurs points forts

et limites. D'abord, le grand nombre de vagues de données et la forte rétention des participants ont réduit le risque de spécificité temporelle de nos résultats. Ensuite, notre étude s'appuie sur un échantillon longitudinal relativement important d'adultes recrutés dans la collectivité (et non en clinique), qui est assez représentatif du profil sociodémographique de la population canadienne<sup>60</sup>. Toutefois, au sein de l'échantillon, la consommation d'alcool et la prévalence du dépassement des recommandations hebdomadaires antérieures se sont révélées inférieures à celles de la population générale<sup>4</sup>. D'ailleurs, malgré les similitudes, la cohorte ne peut pas être considérée comme représentative à l'échelle nationale, car le taux de consommation d'alcool à risque chez les hommes y est peu élevé, contrairement à ce qui prévaut au sein de la population générale<sup>4,61</sup>, limitant ainsi la possibilité de généralisation des résultats. Dans les études portant sur les sous-groupes dont la consommation d'alcool est beaucoup plus élevée (les jeunes, les personnes atteintes d'un trouble de la consommation d'alcool, etc.), la prévalence du dépassement du seuil de consommation d'alcool à faible risque sera probablement encore plus élevée.

L'enregistrement, au moyen du DDQ, de la fréquence de consommation type et des habitudes de consommation des participants est une autre force de notre étude par rapport à, d'une part, celles qui utilisent essentiellement des questions sur la consommation au-delà d'un seuil précis et, d'autre part, celles qui demandent aux participants de classer leur profil de consommation selon une plage de fréquences, deux méthodes qui offrent une exploration moins fine que la nôtre<sup>62</sup>. Aucune de celles-ci ne permet d'analyser en détail les divers seuils de consommation d'alcool et les seuils combinés.

En ce qui concerne le DDQ, celui-ci ne permet toutefois pas de tenir compte de la consommation intermittente d'alcool. Par conséquent, le nombre de participants dépassant le seuil de consommation d'alcool par occasion pourrait être élevé, mais ne pas être enregistré en raison du fait qu'il survient à une fréquence inférieure à la fréquence hebdomadaire (p. ex. toutes les deux semaines). En effet, des chercheurs ont constaté une sous-déclaration attribuable à des mesures imparfaites : il y a des écarts entre les taux de consommation d'alcool déclarés par la population

canadienne et les ventes d'alcool au Canada, les chercheurs estimant que plus de 50 % des Canadiens dépasseraient le seuil hebdomadaire de consommation d'alcool à risque modéré<sup>27</sup>.

## Conclusion

Selon les résultats obtenus auprès d'un échantillon d'adultes recrutés dans la collectivité évalués sur une période de quatre ans (2018 à 2022), les nouvelles recommandations canadiennes quant à la consommation d'alcool font plus que quadrupler le nombre de personnes classées comme dépassant les seuils de faible risque par rapport aux recommandations antérieures, et augmentent aussi la proportion du dépassement par rapport à d'autres recommandations internationales et étrangères. Les résultats révèlent également un risque inégal selon le sexe en ce qui concerne le dépassement des nouveaux seuils de consommation d'alcool à faible risque et à risque modéré, car il n'est plus question de recommandations spécifiques au sexe ni de risques associés à certaines habitudes de consommation (comme la forte consommation épisodique d'alcool). Ajoutons que plus des trois quarts des personnes interrogées jugeaient la consommation d'alcool supérieure au nouveau seuil hebdomadaire de deux consommations comme posant peu de risques ou n'en posant aucun. Les personnes présentant un risque plus élevé de dépasser les nouvelles recommandations quant à la consommation d'alcool que les recommandations antérieures sont peu susceptibles de percevoir la consommation au-delà des nouveaux seuils comme étant risquée, ce qui pourrait exacerber les méfaits liés à l'alcool. Dans l'ensemble, nos résultats semblent indiquer que, si l'on veut que les Canadiens respectent les nouveaux repères, il faudra prendre d'importantes initiatives destinées à les informer quant à la justification et à l'importance des nouvelles recommandations en matière de consommation d'alcool.

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier de leur contribution soutenue les participants, ainsi que Jane De Jesus, Jessica Gillard, Laura Lee et Emily Vandehei.

## Financement

Notre étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (projets n° 420871, n° 437075, n° 487024), la chaire

de recherche Peter Boris sur les toxicomanies, dont le titulaire est JM, la Chaire de recherche du Canada en recherche translationnelle sur la dépendance, dont est aussi titulaire JM (CRC-2020-00170) et une subvention du Michael G. DeGroote Centre for Medicinal Cannabis Research.

## Conflits d'intérêts

JM est scientifique en chef et chercheur principal chez BEAM Diagnostics Inc. et a été consultant auprès de Clairvoyant Therapeutics Inc. Il n'y a aucun autre conflit d'intérêts à déclarer.

## Contributions des auteurs et avis

KB : conception, méthodologie, recherche, organisation des données, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

AD : conception, méthodologie, recherche, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

JM : conception, méthodologie, recherche, révisions et corrections, obtention du financement, supervision.

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

## Références

1. Paradis C, Butt P, Shield K, et al. Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023.
2. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration du Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC) sur la consommation d'alcool [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2023 [consultation le 12 févr. 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2023/01/declaration-du-conseil-des-medecins-hygienistes-en-chef-cmhc-sur-la-consommation-dalcohol.html>
3. Bains C. Will Health Canada update site with new alcohol guidance? Duclos won't say. Global News, 15 avril 2023. En ligne à : <https://globalnews.ca/news/9626762/alcohol-guidance-health-canada-website>

4. Santé Canada. Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2023 [consultation le 21 mai 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>
5. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*. 2023;8(1):e6-e7. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)
6. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392:1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
7. Bryazka D, Reitsma MB, Griswold MG, et al. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *Lancet*. 2022;400(20347):185-235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00847-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9)
8. World Health Organization (WHO). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Genève (CH) : WHO; 2000. En ligne à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66529>
9. Dawson DA, Smith SM, Pickering RP, Grant BF. An empirical approach to evaluating the validity of alternative low-risk drinking guidelines: evaluating drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31:141-150. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00335.x>
10. Holahan C, Brennan P, Schutte K, Holahan CK, Hixon JG, Moos RH. Late-life drinking problems: the predictive roles of drinking level vs. drinking pattern. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017;78(3):435-441. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.435>
11. Sloan F, Grossman D, Platt A. Heavy episodic drinking in early adulthood and outcomes in midlife. *J Stud Alcohol Drugs* 2011; 72: 459–470. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.435>

12. Butt P, Beirness D, Stockwell T, Gliksman L, Paradis C. L'alcool et la santé au Canada : Résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2011.
13. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Overview of alcohol consumption: moderate and binge drinking [Internet]. Bethesda (MD): NIAAA; 2020 [contenu mis à jour en 2024; consultation le 9 mars 2023]. En ligne à : <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
14. Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N. International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Res Health*; 2003;27(1):95-109.
15. Statistique Canada. Tableau 20-10-0008-01 : Ventes de commerce de détail par province et territoire, inactif (x 1 000) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 24 mai 2024]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/2010000801-fra>
16. Kushnir V, Cunningham JA. Event-specific drinking in the general population. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014; 75(6):968-972. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.968>
17. Levitt EE, Belisario K, Gillard J, et al. High-resolution examination of changes in drinking during the COVID-19 pandemic: nine-wave findings from a longitudinal observational cohort study of community adults. *J Psychiatr Res*. 2023;168:249-255. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.027>
18. MacKillop J, Cooper A, Costello J. National retail sales of alcohol and cannabis during the COVID-19 pandemic in Canada. *JAMA Netw Open*. 2021;4(11):e2133076. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.33076>
19. Turna J, Belisario K, Balodis I, et al. Cannabis use and misuse in the year following recreational cannabis legalization in Canada: a longitudinal observational cohort study of community adults in Ontario. *Drug Alcohol Depend*. 2021;225:108781. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108781>
20. Collins RL, Parks GA, Marlatt GA. Social determinants of alcohol consumption: the effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *J Consult Clin Psychol*. 1985;53:189-200. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.2.189>
21. Lipari RN, Ahrnsbrak RD, Pemberton MR, Porter JD. Risk and protective factors and estimates of substance use initiation: results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. In: CBHSQ data review. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2012.
22. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Rethinking drinking: alcohol and your health [Internet]. Bethesda (MD): NIAAA; 2010. 17 p. En ligne à : <https://archive.org/details/rethinking-drinking/page/4/mode/2up>
23. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Rethinking drinking: alcohol and your health [Internet]. Bethesda (MD): NIAAA; 2024. 24 p. En ligne à : [https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA\\_Rethinking\\_Drinking.pdf](https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Rethinking_Drinking.pdf)
24. National Health Service (NHS). Alcohol units. London (UK): NHS; 2021 [contenu mis à jour le 7 août 2024; consultation le 25 oct. 2024]. En ligne à : <https://www.nhs.uk/live-well/alcohol-advice/calculating-alcohol-units>
25. UK Department of Health, Welsh Government, Department of Health Northern Ireland, Scottish Government. UK Chief Medical Officers' low risk drinking guidelines. London (UK) : Department of Health; 2016. En ligne à : [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)
26. Gouvernement du Canada. Sondage sur la sensibilisation du public aux méfaits liés à l'alcool 2023 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2024 [consultation le 22 mai 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sondage-mefaits-associes-alcool/>
27. Stockwell T, Zhao J. Estimates of compliance with Canada's guidelines for low and moderate risk alcohol consumption: the importance of adjustment for underreporting in self-report surveys. *Can J Public Health*. 2023; 113(6):967-972. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00781-6>
28. Jones AC, Kirkpatrick SI, Hammond D. Beverage consumption and energy intake among Canadians: analyses of 2004 and 2015 national dietary intake data. *Nutr J*. 2019;18:60. <https://doi.org/10.1186/s12937-019-0488-5>
29. Greaves L, Poole N, Brabete AC, Wolfson L. Le sexe, le genre et l'alcool. Directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-08/CCSA-LRDG-Sex-Gender-and-Alcohol-what-matters-for-Women-in-LRDGs-fr.pdf>
30. Cherpitel CJ, Ye Y, Monteiro MG. Dose-response relative risk of injury from acute alcohol consumption in 22 countries: are women at higher risk than men? *Alcohol Alcohol*. 2019; 54(4):396-401. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz018>
31. Fama R, Le Berre AP, Sullivan EV. Alcohol's unique effects on cognition in women: a 2020 (re)view to envision future research and treatment. *Alcohol Res Curr Rev*. 2020;40(2):10. [https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2\\_03](https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2_03)
32. Lewis B, Garcia CC, Nixon SJ. Drinking patterns and adherence to "low-risk" guidelines among community-residing older adults. *Drug Alcohol Depend*. 2018;187:285-291. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.02.031>
33. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(1):64-74. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2007.03.006>
34. Sorock GS, Chen L-H, Gonzalgo SR, Baker SP. Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. *Alcohol*. 2006;40(3):193-199. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2007.01.002>

35. Topiwala A, Ebmeier KP. Effects of drinking on late-life brain and cognition. *Evid Based Ment Health*. 2018; 21(1):12-15. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102820>
36. Heuberger RA. Alcohol and the older adult: a comprehensive review. *J Nutr Elder*. 2009;28(3):203-235. <https://doi.org/10.1080/01639360903140106>
37. Mukamal KJ. A safe level of alcohol consumption: the right answer demands the right question. *J Intern Med*. 2020;288(5):550-559. <https://doi.org/10.1111/joim.13129>
38. Rehm J, Greenfield TK, Rogers JD. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking, and all-cause mortality: results from the US National Alcohol Survey. *Am J Epidemiol*. 2001;153:64-71. <https://doi.org/10.1093/aje/153.1.64>
39. Taylor B, Irving HM, Kanteres F, et al. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend*. 2010;110(1-2):108-116. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.011>
40. Borges G, Cherpitel CJ, Orozco R, et al. A dose-response estimate for acute alcohol use and risk of suicide attempt: alcohol and suicide attempt. *Addict Biol*. 2017;22(6):1554-1561. <https://doi.org/10.1111/adb.12439>
41. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(7):1222-1234. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.001>
42. Kuhns JB, Exum ML, Clodfelter TA, Bottia MC. The prevalence of alcohol-involved homicide offending: a meta-analytic review. *Homicide Stud*. 2014;18(3):251-270. <https://doi.org/10.1177/1088767913493629>
43. Holahan CJ, Holahan CK, Moos RH. Binge drinking and alcohol problems among moderate average-level drinkers. *Am J Prev Med*. 2022;63:324-330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.03.021>
44. American Addiction Centers. Blood alcohol content (BAC) calculator. Brentwood (TN): American Addiction Centers; 2024 [consultation le 27 mai 2024]. En ligne à : <https://alcohol.org/bac-calculator>
45. Monds LA, Riordan BC, Flett JA, Conner TS, Haber P, Scarf D. How intoxicated are you? Investigating self and observer intoxication ratings in relation to blood alcohol concentration. *Drug Alcohol Rev* 2021;40(7):1173-1177. <https://doi.org/10.1111/dar.13241>
46. Sobell LC, Sobell MB. Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. Dans : Litten RZ, Allen JP (dir.). *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biochemical methods*. Totowa (NJ): Humana Press; 1992:41-72.
47. Brend Y. Just how risky is it to drink more alcohol than Canada's new guide advises? [Internet]. CBC News, 25 janvier 2023 [consultation le 24 mai 2023]. En ligne à : <https://www.cbc.ca/news/canada/alcohol-risks-cancer-questions-1.6723092>
48. Bricker D. In vino veritas? Three-quarters (73 %) of Canadians unlikely to change alcohol consumption [Internet]. Toronto (Ont.): Ipsos; 2023 Mar 12 [consultation le 24 mai 2023]. En ligne à : <https://www.ipsos.com/en-ca/vino-veritas-three-quarters-canadians-unlikely-change-alcohol-consumption>
49. Ferrer RA, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol*. 2015;5:85-89. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012>
50. Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, et al. Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: a real-world study in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020; 81(2):262-272. <https://doi.org/10.15288/jasad.2020.81.262>
51. Weerasinghe A, Schoueri-Mychasiw N, Vallance K, et al. Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(2):398. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020398>
52. World Health Organization (WHO). The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Genève (CH) : WHO; 2019. En ligne à : <https://iris.who.int/handle/10665/330053>
53. Ayares G, Idalsoaga F, Arnold J, Fuentes-López E, Arab JP, Díaz LA. Public health measures and prevention of alcohol-associated liver disease. *J Clin Exp Hepatol*. 2022;12(6): 1480-1491. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2022.05.005>
54. Giesbrecht N, Myran DT. Harms and costs of proposed changes in how alcohol is sold in Ontario. *CMAJ*. 2024;196(13):E447-E448. <https://doi.org/10.1503/cmaj.240069>
55. Myran DT, Chen JT, Giesbrecht N, Rees VW. The association between alcohol access and alcohol-attributable emergency department visits in Ontario, Canada. *Addiction*. 2019;114(7):1183-1191. <https://doi.org/10.1111/add.14597>
56. Fairman BJ, Goldstein RB, Simons-Morton BG, et al. Neighbourhood context and binge drinking from adolescence into early adulthood in a US national cohort. *Int J Epidemiol*. 2020;49(1):103-112. <https://doi.org/10.1093/ije/dy3133>
57. Sherk A. Canada's alcohol deficit, 2007-2020: social cost, public revenue, magnitudes of alcohol use, and the per-drink net deficit for a fourteen-year period. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024;85(3):306-311. <https://doi.org/10.15288/jasad.23-00241>
58. Sherk A. Déficit associé à l'alcool : recettes publiques et coûts pour la société associés à l'alcool au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2020;40(5-6):156-159. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.02f>
59. Cabinet du premier ministre. L'Ontario offre choix et commodité en étendant la vente de boissons alcoolisées à partir de cet été [Internet]. Toronto (Ont.) : gouvernement de l'Ontario; 2024 [consultation le 29 mai 2024]. En ligne à : <https://news.ontario.ca/fr/release/1004633/ontario-offre-choix-et-commodite-en-etendant-la-vente-de-boissons-alcoolisees-a-partir-de-cet-ete>

- 
60. Levitt EE, Gohari MR, Syan SK, et al. Public health guideline compliance and perceived government effectiveness during the COVID-19 pandemic in Canada: findings from a longitudinal cohort study. *Lancet Reg Health Am.* 2022;9:100185. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100185>
  61. Haque MZ, Young SW, Wang Y, et al. Socio-demographic factors related to binge drinking in Ontario. *Drug Alcohol Depend.* 2021;226:108810. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108810>
  62. Greenfield TK, Kerr WC. Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. *Addiction.* 2008;103(7):1082-1099. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02197.x>

# Recherche quantitative originale

## Accès direct à des traitements en santé mentale pour les travailleurs de la santé : un aperçu des demandes au cours des cinq premières vagues de la pandémie de COVID-19 en Ontario

Judith M. Laposa, Ph. D. (1,2); Duncan Cameron, Ph. D. (3); Kim Corace, Ph. D. (4,5); Heather L. Bullock, Ph. D. (6,7); Lauren Flavelle, Ph. D. (8); Natalie Quick, ergothér. (1); Karen Rowa, Ph. D. (3,9); Sara de la Salle, Ph. D. (4); Katherin Creighton-Taylor, Ph. D. (8); Alice Strachan, B. Sc. (10); Stephanie Carter, MBA (1); Paul Kurdyak, M.D., Ph. D. (1,2,11); Vanessa Saldanha, M.G.S.S., PMP (1); Randi E. McCabe, Ph. D. (3,9)

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

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



### Résumé

**Introduction.** Les travailleurs de la santé ont fait état d'effets néfastes sur leur santé mentale dus à la pandémie de COVID-19. Nous avons exploré le profil sociodémographique des travailleurs de la santé ayant demandé par eux-mêmes à recevoir des soins de santé mentale, l'évolution des demandes de traitement au fil des vagues de COVID-19, la nature des principaux problèmes ayant motivé les demandes et leurs changements lors de la pandémie.

**Méthodologie.** Cinq grands établissements de santé de l'Ontario ont fourni du soutien en santé mentale aux travailleurs de la santé pendant la pandémie. Des données ont été recueillies à partir de 2725 demandes de traitement présentées par des travailleurs de la santé entre mai 2020 et mars 2022, à savoir la fréquence des demandes, les principaux problèmes de santé mentale ayant motivé les demandes et divers renseignements socio-démographiques (l'origine ethnique, le sexe, l'âge, le milieu de travail, la profession et l'obtention antérieure d'un diagnostic ou d'un traitement pour un problème de santé mentale).

**Résultats.** Les travailleurs de la santé qui ont demandé à recevoir du soutien étaient en majorité des femmes et des personnes blanches. Près de la moitié d'entre eux faisaient partie du personnel infirmier. Près de la moitié avaient déjà été traités pour un problème de santé mentale et un pourcentage légèrement plus élevé avait déclaré un diagnostic antérieur de problème de santé mentale. Plus de 60 % des répondants de l'échantillon travaillaient en milieu hospitalier. Le moment des augmentations et des diminutions du nombre mensuel de nouvelles demandes coïncidait approximativement avec respectivement le début et la fin des vagues de COVID-19. Les cinq principaux problèmes à l'origine des demandes de traitement étaient les symptômes d'anxiété généralisée ou d'inquiétude, la dépression, une crise situationnelle ou une réaction aiguë à un facteur de stress, la difficulté à gérer le stress (professionnel ou financier) et des symptômes de stress post-traumatique.

Suite du résumé à la page suivante

### Points saillants

- Pendant la pandémie de COVID-19, des services de soutien en santé mentale ont été offerts aux travailleurs de la santé en Ontario. Les modalités d'accès à ces services étaient souples et peu contraignantes.
- Les travailleurs de la santé de l'Ontario ont le plus souvent obtenu des services de soutien en santé mentale en raison de symptômes d'anxiété généralisée et de dépression pendant la pandémie de COVID-19.
- Les augmentations et les diminutions du nombre mensuel de nouvelles demandes coïncidaient approximativement avec respectivement le début et la fin des vagues de COVID-19.
- En majorité, les travailleurs qui ont fait appel à ces services faisaient partie du personnel infirmier, travaillaient en milieu hospitalier et ont déclaré être des femmes. Près de 40 % des participants ont indiqué appartenir à un groupe racisé.

### Rattachement des auteurs :

1. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Institut de recherche en santé mentale de la famille Campbell, Toronto (Ontario), Canada
2. Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario), Canada
4. Centre de santé mentale Royal Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
5. Département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
6. Centre de soins de santé mentale Waypoint, Penetanguishene (Ontario), Canada
7. Département des méthodes, des données et de l'impact de la recherche en santé, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
8. Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores, Whitby (Ontario), Canada
9. Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
10. Santé Ontario, Toronto (Ontario), Canada
11. Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto (Ontario), Canada

**Correspondance :** Judith Laposa, Service des troubles de l'humeur et d'anxiété, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 100, rue Stokes, Toronto (Ontario) M6J 1H4; tél. : 416-535-8501 poste 34861; téléc. : 416-979-6853; courriel : [Judith.Laposa@camh.ca](mailto:Judith.Laposa@camh.ca)

**Conclusion.** Des travailleurs de la santé ont demandé par eux-mêmes à recevoir du soutien en santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 en Ontario. La majorité d'entre eux voulaient obtenir un traitement pour des symptômes d'anxiété généralisée, d'inquiétude ou de dépression. Les résultats de cette étude pourraient éclairer la planification du réseau en vue des pandémies futures, ainsi que la planification des programmes de mieux-être destinés à aider le personnel de santé à faire face au stress en milieu de travail en période post-pandémique.

**Mots-clés :** *travailleurs de la santé, COVID-19, santé mentale, traitement, anxiété, dépression*

## Introduction

Outre ses répercussions physiques, la pandémie de COVID-19 a eu des effets négatifs sur la santé mentale d'une grande partie de la population canadienne<sup>1</sup>. Ces effets ont été encore plus marqués chez les travailleurs de la santé. Quatre-vingt-quatre pour cent des travailleurs de la santé du Royaume-Uni ont fait état d'une détresse psychologique plus élevée que celle du grand public pendant la pandémie<sup>2</sup>, et une revue systématique des recherches de divers pays a révélé que les taux de dépression atteignaient 33 % et les taux d'anxiété 42 % chez les travailleurs de la santé<sup>3</sup>.

Les travailleurs de la santé ont dû composer avec des facteurs de stress spécifiques. Au Canada, les événements stressants dont ils ont fait mention se rattachent à huit thèmes, soit les soins aux patients mourant seuls; l'administration de soins jugés futiles; l'absence perçue de prise en compte de leurs opinions professionnelles; l'observation de préjudices subis par les patients; l'intimidation, la violence et les divergences d'opinions professionnelles; l'inadéquation des ressources et de l'équipement de protection individuelle; l'augmentation de la charge de travail en raison des pénuries de personnel et enfin les situations de conflit entre les valeurs personnelles et organisationnelles<sup>4</sup>. Ces mêmes thèmes sont ressortis chez les travailleurs de la santé à l'échelle mondiale<sup>5</sup>. Outre le fait de devoir composer avec les règles de distanciation sociale, de nombreux travailleurs de la santé ont dit être l'objet de discrimination ou de stigmatisation du fait qu'ils travaillaient auprès de patients infectés

par la COVID-19<sup>6</sup>. De plus, certains se sont sentis mal préparés à accomplir les nouvelles tâches leur incombant à la suite du redéploiement dans les milieux de soins.

De nombreuses sources détaillent les symptômes psychologiques qu'ont présentés les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19, soit l'anxiété, la détresse, le stress, l'insomnie, la dépression, la somatisation et l'anxiété par rapport à la santé, les symptômes de stress post-traumatique et les craintes au sujet de la COVID-19<sup>7-10</sup>. De plus, de nombreux corrélats des symptômes psychologiques sont spécifiques au travail du personnel de santé, comme un risque élevé de contracter la COVID-19<sup>11</sup>, la crainte d'exposer sa famille à la COVID-19<sup>9</sup>, l'augmentation de la charge de travail et la séparation d'avec les membres de sa famille<sup>12</sup>.

Des caractéristiques individuelles et socio-démographiques ont également été associées à la santé mentale des travailleurs de la santé pendant la pandémie. Le personnel infirmier a été plus durement touché que les autres groupes professionnels et a affiché le niveau d'épuisement professionnel le plus élevé<sup>12</sup>. Les femmes tendent à être surreprésentées dans les études sur la détresse des travailleurs de la santé pendant la pandémie<sup>7</sup> et dans les études sur les traitements<sup>8,13</sup>. Ce n'est toutefois pas surprenant, si l'on considère que la profession infirmière reste majoritairement féminine (les femmes comptaient pour 91 % du personnel infirmier réglementé au Canada en 2021<sup>14</sup>) et que le personnel infirmier est le principal groupe de travailleurs de la santé dans la plupart des études<sup>8</sup>. Le jeune âge s'est révélé un prédicteur de gravité des symptômes d'une mauvaise santé mentale chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie<sup>15</sup>, tout comme les antécédents de trouble de santé mentale<sup>8</sup>, le travail en première ligne et le fait d'être une femme<sup>16</sup>. Ces résultats soulignent la variété des effets néfastes en matière de santé mentale concernant un éventail de variables individuelles.

La nature des problèmes de santé mentale a également varié pendant la pandémie, car chaque vague de COVID-19 a apporté son lot particulier de mesures de santé publique, de facteurs liés au contexte individuel et d'effets sur le travail en milieu de soins. De juillet à décembre 2021, par exemple, on a observé une aggravation de la situation des travailleurs de la santé en ce qui concerne les symptômes de fatigue,

le stress ou l'épuisement professionnel, l'insomnie, l'absentéisme, la déficience fonctionnelle et la qualité de vie<sup>17</sup>. La dépression, la somatisation et l'anxiété par rapport à la santé étaient plus fréquentes chez le personnel de santé au plus fort de la pandémie de COVID-19 que dans la phase initiale<sup>10</sup>, et les symptômes de dépression et d'anxiété signalés par le personnel se sont atténués à mesure que l'épidémie régressait<sup>18</sup>. Selon une étude dans laquelle des travailleurs de la santé ont été évalués quatre fois sur une période de 12 mois, l'épuisement émotionnel et la détresse psychologique ont atteint un sommet au printemps 2021, et aucune de ces deux variables n'a augmenté de façon monotone<sup>9</sup>. L'épuisement émotionnel a diminué pendant les périodes où l'on dénombrait peu d'hospitalisations liées à la COVID-19 et peu de nouveaux cas dans la collectivité<sup>9</sup>. Le nombre de travailleurs de la santé qui ont demandé des soins psychiatriques a été le plus élevé au début de la pandémie, tandis que le nombre de demandes de soins psychologiques a augmenté à l'été 2020<sup>19</sup>. Une étude indique que les vagues de demandes de traitement ont coïncidé avec les vagues de cas de COVID-19 dans la collectivité : les nombres de demandes ont ainsi culminé en mai 2020, en janvier 2021 et en mai 2021<sup>19</sup>.

D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre comment les problèmes de santé mentale signalés par les travailleurs de la santé, ainsi que la propension de ces derniers à demander des traitements, ont fluctué selon les phases de la pandémie de COVID-19. La majorité des recherches susmentionnées ont été effectuées en dehors de l'Amérique du Nord, peu d'études ayant porté sur des travailleurs de la santé canadiens et de nombreuses études longitudinales se limitant à des périodes de 6 à 18 mois. De plus, une grande partie des recherches ne portait pas spécifiquement sur les travailleurs de la santé qui entreprennent une démarche de traitement, une population vraisemblablement différente de celle interrogée dans les enquêtes générales sur la santé mentale. La recherche dans les domaines ci-dessus pourrait éclairer la planification du réseau en vue des pandémies futures, ainsi que la planification du mieux-être des travailleurs dans les milieux de soins où subsistent des facteurs de stress dans la période post-pandémique (pénuries critiques de personnel, perturbations de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et de l'équipement, etc.).

Dans cette étude, nous abordons les questions suivantes au sujet des travailleurs de la santé de l'Ontario sur une période de 22 mois :

1) Données sociodémographiques. Quel est le profil sociodémographique des travailleurs de la santé qui ont présenté une demande de traitement (origine ethnique ou raciale, sexe, âge, milieu de travail, profession et diagnostics ou traitements antérieurs pour un problème de santé mentale)?

2) Tendances en matière de recherche d'aide. Combien de travailleurs de la santé ont demandé à recevoir du soutien en santé mentale, et le degré de recherche d'aide a-t-il varié au fil du temps en fonction des vagues de COVID-19? Les milieux de travail et les professions ont-ils varié au fil du temps?

3) Tableau clinique. Quels sont les principaux problèmes qui ont motivé les travailleurs de la santé à obtenir des soins, et ces problèmes ont-ils varié au fil du temps?

## Méthodologie

### Approbation éthique

Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche des hôpitaux (CER CAMH n° 086/2020, exemption de l'obligation d'un formulaire de consentement; CER SJHH n° 12842, consentement écrit obtenu) ou une exemption a été fournie (Ontario Shores, Royal, Waypoint).

### Soutien en santé mentale offert aux travailleurs de la santé : recrutement

Le gouvernement de l'Ontario a financé cinq grands établissements de santé pour qu'ils fournissent des services de santé mentale au personnel de première ligne travaillant dans les établissements de santé et de soins communautaires de la province. Ces cinq hôpitaux ont offert un accès rapide et direct à des services gratuits, confidentiels et principalement virtuels, fournis par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé mentale. Les services devaient aider à faire face au stress lié à la COVID-19 et à ses répercussions sur le bien-être personnel, et ils ont été offerts aux personnes qui indiquaient travailler dans un milieu de soins de santé ou de soins communautaires. Les cinq hôpitaux ont adopté des méthodes communes d'admission et d'évaluation, et leurs représentants se sont réunis régulièrement

au sein d'un groupe de travail pour trouver des façons de répondre aux besoins du programme.

Cette initiative était complémentaire des autres programmes et services locaux, régionaux et nationaux. Elle a fait l'objet d'une vaste publicité dans les établissements et à l'externe (dans les médias sociaux, sur les sites Web des hôpitaux et auprès des partenaires et intervenants régionaux). Les travailleurs de la santé pouvaient accéder au programme en communiquant avec l'un des cinq hôpitaux sur le site Web de l'hôpital ou par téléphone. Le traitement était offert virtuellement et en personne, en anglais, en français ou dans d'autres langues, avec des services d'interprétation au besoin.

### Participants

Les données recueillies comprennent 2725 demandes de traitement faites par des travailleurs de la santé de tout l'Ontario pour un problème lié à leur santé mentale pendant la pandémie. Les cinq hôpitaux qui ont participé à l'initiative étaient le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH, n = 1124), St. Joseph's Healthcare Hamilton (SJHH, n = 595), le Centre de santé mentale Royal Ottawa (Royal, n = 585), le Centre de soins de santé mentale Waypoint (Waypoint, n = 261) et le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores (Ontario Shores, n = 160). Les caractéristiques sociodémographiques des travailleurs qui ont demandé un traitement sont présentées par hôpital dans le tableau 1, et les résultats globaux sont présentés dans la section des résultats.

Chaque hôpital a offert une variété de services de santé mentale aux travailleurs de la santé : thérapie cognitivo-comportementale par Internet, psychothérapie en une seule séance, psychothérapie brève axée sur l'adaptation (4 à 8 séances selon l'établissement), consultation relative aux médicaments et divers autres services. Les données incluses dans cet article se rapportent aux travailleurs de la santé qui ont fait appel à ces services quel que soit le type de traitement reçu.

### Mesures

#### Fréquence des demandes

Chaque établissement a calculé le nombre cumulatif total de demandes, ainsi que le nombre mensuel de nouvelles demandes.

### Données sociodémographiques

Les participants ont fourni leur origine ethnique ou raciale, leur sexe, leur âge, leur milieu de travail, leur profession, ont mentionné s'ils avaient déjà reçu un diagnostic de problème de santé mentale (oui/non) et s'ils avaient déjà été traités pour un problème de santé mentale (oui/non). Le clinicien procédant à l'évaluation indiquait le principal problème ayant motivé la consultation (sélectionné à partir d'une liste), seul le Royal spécifiant tous les problèmes applicables.

### Procédure

Les données ont été recueillies séparément par chaque établissement et transmises une fois par mois à la personne responsable d'alimenter une base de données centrale pour le stockage et l'analyse. Les cinq établissements ont lancé leurs initiatives pour les travailleurs de la santé à différentes dates entre le début d'avril 2020 (CAMH, Waypoint, Ontario Shores) et mai 2020 (SJHH, Royal). Cette analyse utilise les données recueillies de mai 2020 à la fin de mars 2022, ce qui correspond au début de la 6<sup>e</sup> vague de COVID-19 en Ontario. En Ontario, la 1<sup>re</sup> vague s'est déroulée de la mi-mars à la mi-juillet 2020; la 2<sup>e</sup> vague, de la mi-octobre 2020 à la mi-février 2021; la 3<sup>e</sup> vague, du début d'avril à la mi-juillet 2021; la 4<sup>e</sup> vague, de la mi-août à la fin d'octobre 2021 et la 5<sup>e</sup> vague, de la mi-décembre 2021 à la fin de février 2022<sup>20</sup>.

### Analyse des données

Les données ont été recueillies cumulativement et sans identifiants uniques, ce qui rend impossible l'analyse portant sur un individu ou entre individus. Par conséquent, toutes les analyses présentées sont de nature descriptive.

## Résultats

Les principales variables sociodémographiques sont présentées dans le tableau 1 pour chacun des cinq établissements.

L'échantillon global était principalement composé de femmes (87,0 %) et de personnes blanches (61,6 %). L'âge moyen était de 36,33 ans (écart-type [É-T] : 10,49 ans). Environ la moitié (50,2 %) des personnes qui ont demandé à recevoir du soutien avaient déjà été traitées pour un problème de santé mentale, et 54,2 % avaient précédemment reçu un diagnostic officiel de trouble de santé mentale. Le tableau 1 présente la répartition des

**TABEAU 1**  
Données sociodémographiques des travailleurs de la santé qui ont demandé à recevoir des soins de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 dans cinq établissements de santé, mai 2020 à mars 2022, Ontario, Canada

Variable	CAMH		Royal		Ontario Shores		SJHH		Waypoint	
	N	Fréquence (%)	N	Fréquence (%)	N	Fréquence (%)	N	Fréquence (%)	N	Fréquence (%)
<b>Nombre total de demandes</b>	1124	–	585	–	160	–	595	–	261	–
Âge, moyenne (É.-T.) <sup>a</sup>	1087	34,2 (10,7)	539	35,4 (12,6)	158	37,2 (11,4)	514	36,7 (10,7)	243	39,7 (11,4)
Donnée inconnue	37	–	0	–	2	–	81	–	18	–
Sexe ou genre déclaré	1124	–	431	–	116	–	520	–	242	–
Femme	978	87,0	365	84,7	107	92,2	455	87,5	211	87,2
Homme	136	12,1	57	13,2	9	7,8	62	11,9	29	12,0
Genre queer/non binaire	1	0,8	1	0,2	s.o.	s.o.	3	0,6	2	0,8
Préfère ne pas répondre	9	0,1	8	1,9	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Donnée inconnue	0	–	108	–	44	–	75	–	19	–
Origine ethnique	366	–	427	–	116	–	511	–	176	–
Asiatique (Est, Sud, Sud-Est)	95	26,0	16	3,7	21	18,1	34	6,7	5	2,8
Noir(e)	14	3,8	14	3,2	2	1,8	8	1,6	4	2,3
Autochtone	s.o.	s.o.	7	1,6	1	0,9	s.o.	s.o.	3	1,7
Latino-Américain(e)	s.o.	s.o.	2	0,4	1	0,9	8	1,6	3	1,7
Moyen-Oriental(e)	16	4,4	4	0,9	5	4,3	7	1,3	1	0,6
Ascendance mixte	20	5,6	11	2,6	5	4,3	7	1,3	4	2,3
Blanc(he)	200	54,6	341	79,9	80	69,0	216	42,3	146	83,0
Autre	21	5,7	32	7,5	1	0,9	231	45,2	10	5,7
Donnée inconnue	758	–	112	–	44	–	84	–	85	–
Diagnostic antérieur de problème de santé mentale	1123	–	432	–	s.o.	s.o.	375	–	138	–
Oui	530	47,2	216	50,0	s.o.	s.o.	198	52,8	95	68,8
Non	593	52,8	216	50,0	s.o.	s.o.	177	47,2	43	31,2
Donnée inconnue	1	–	107	–	s.o.	s.o.	220	–	123	–
Traitement antérieur	1123	–	431	–	s.o.	s.o.	361	–	132	–
Oui	579	51,6	292	67,7	s.o.	s.o.	143	39,6	96	72,7
Non	544	48,4	139	32,3	s.o.	s.o.	218	60,4	36	23,3
Donnée inconnue	1	–	108	–	s.o.	s.o.	234	–	129	–

**Abréviations :** CAMH, Centre de toxicomanie et de santé mentale; É.-T., écart-type; Ontario Shores, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores; Royal, Centre de santé mentale Royal Ottawa; SJHH, St. Joseph's Healthcare Hamilton; s.o., sans objet; Waypoint, Centre de soins de santé mentale Waypoint.

**Remarques :** Les données sont déclarées selon leur disponibilité et le nombre de valeurs *n* est fourni pour chaque variable. Les données sur les traitements et les diagnostics antérieurs n'étaient pas disponibles pour les services de santé mentale d'Ontario Shores.

<sup>a</sup> L'âge est estimé en fonction de l'année de naissance seulement.

demandes de services par hôpital, pour la période de mai 2020 à mars 2022.

### Nombre total de demandes

La figure 1 montre le nombre cumulatif de demandes présentées aux cinq établissements de mai 2020 à mars 2022, et la variation du nombre mensuel de nouvelles demandes pendant la pandémie de COVID-19, de la fin du sommet de la

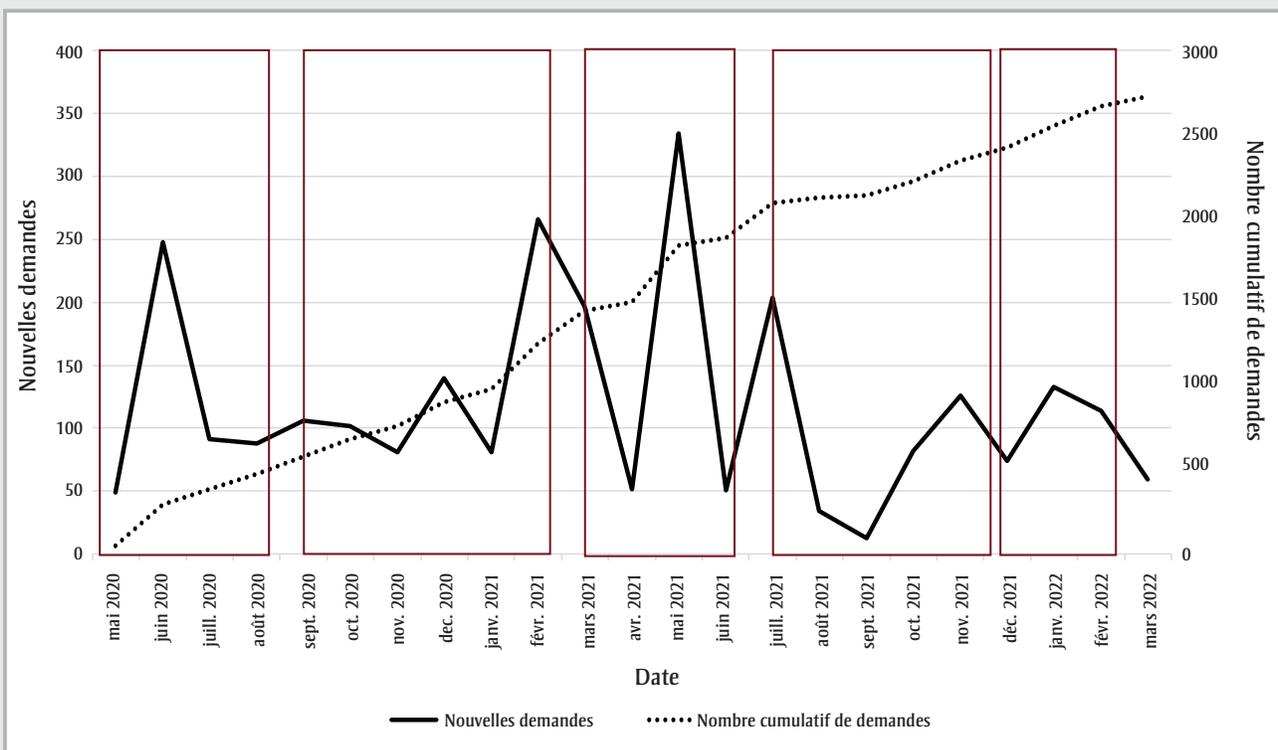
première vague jusqu'au début de la sixième vague en Ontario. Le nombre mensuel moyen de demandes pour la période complète a été de 118,5 (É-T : 80,64), l'intervalle allant de 13 (en septembre 2021) à 334 (en mai 2021). Comme l'illustre la figure 1, les augmentations et les diminutions du nombre mensuel de nouvelles demandes coïncident approximativement avec respectivement le début et la fin des vagues de COVID-19. Ainsi,

les professionnels de la santé ont davantage eu recours aux services de santé mentale lorsque le nombre de cas de COVID-19 augmentait.

### Problème ayant motivé la demande

Les données sur le problème ayant motivé la demande étaient disponibles pour 1266 demandes au total. La figure 2 présente la fréquence des nouvelles demandes

**FIGURE 1**  
**Nombres mensuel et cumulatif de demandes<sup>3</sup> de traitement en santé mentale présentées par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19, mai 2020 à mars 2022, Ontario, Canada**



**Remarques :** Les zones encadrées représentent le moment approximatif des cinq premières vagues de la COVID-19 (de gauche à droite) en Ontario, selon les données publiées par Santé publique Ontario<sup>20</sup>. Les premières données fournies par le Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores datent de juin 2020.

<sup>3</sup> Les participants se sont adressés à l'un des cinq établissements de santé de l'initiative en Ontario, soit le Centre de toxicomanie et de santé mentale, St. Joseph's Healthcare Hamilton, le Centre de santé mentale Royal Ottawa, le Centre de soins de santé mentale Waypoint et le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores.

mensuelles pour les cinq problèmes ayant le plus souvent motivé la demande initiale dans l'ensemble des établissements. Comme l'illustre la figure 2, les symptômes d'anxiété généralisée ou d'inquiétude étaient les plus fréquents : ils concernaient 414 personnes, soit 32,7 % du nombre total de demandes. La dépression arrivait au deuxième rang, avec 214 personnes (16,9 % du nombre total cumulatif de demandes). Les autres problèmes les plus courants étaient les crises situationnelles et les réactions aiguës à des facteurs de stress (n = 180; 14,2 %), la difficulté à gérer le stress professionnel ou financier (n = 150; 11,9 %) et les symptômes de stress post-traumatique (n = 60; 4,7 %). Les principaux problèmes présents sont restés les mêmes pendant toute la période étudiée.

Parmi les problèmes signalés, les symptômes d'anxiété par rapport à la santé (1,2 % de l'échantillon) et la difficulté à gérer le stress associé à la COVID-19 ou aux tests positifs (2,0 % de l'échantillon) sont demeurés relativement peu fréquents. Les autres problèmes peu fréquents ont

été les symptômes obsessionnels compulsifs (signalés par 0,9 % de l'échantillon), les troubles d'adaptation (2,2 % de l'échantillon), les symptômes de troubles liés à l'usage d'une substance (1,8 % de l'échantillon), les symptômes de troubles liés à la consommation d'alcool (1,0 % de l'échantillon), l'évitement dû aux symptômes d'anxiété (0,5 % de l'échantillon), les symptômes de deuil et de perte (0,6 % de l'échantillon) et les symptômes d'anxiété sociale (1,0 % de l'échantillon). Enfin, 105 personnes, soit 8,3 % de l'échantillon, ont signalé des symptômes divers ou autres (p. ex. insomnie, symptômes de troubles de l'alimentation, difficultés relationnelles/familiales).

### Profession

Des données sur la profession étaient disponibles pour 2311 demandes sur l'ensemble des demandes. La figure 3 fournit le nombre de nouvelles demandes mensuelles pour chacune des cinq professions les plus courantes parmi les demandes. Comme l'illustre la figure 3, le personnel

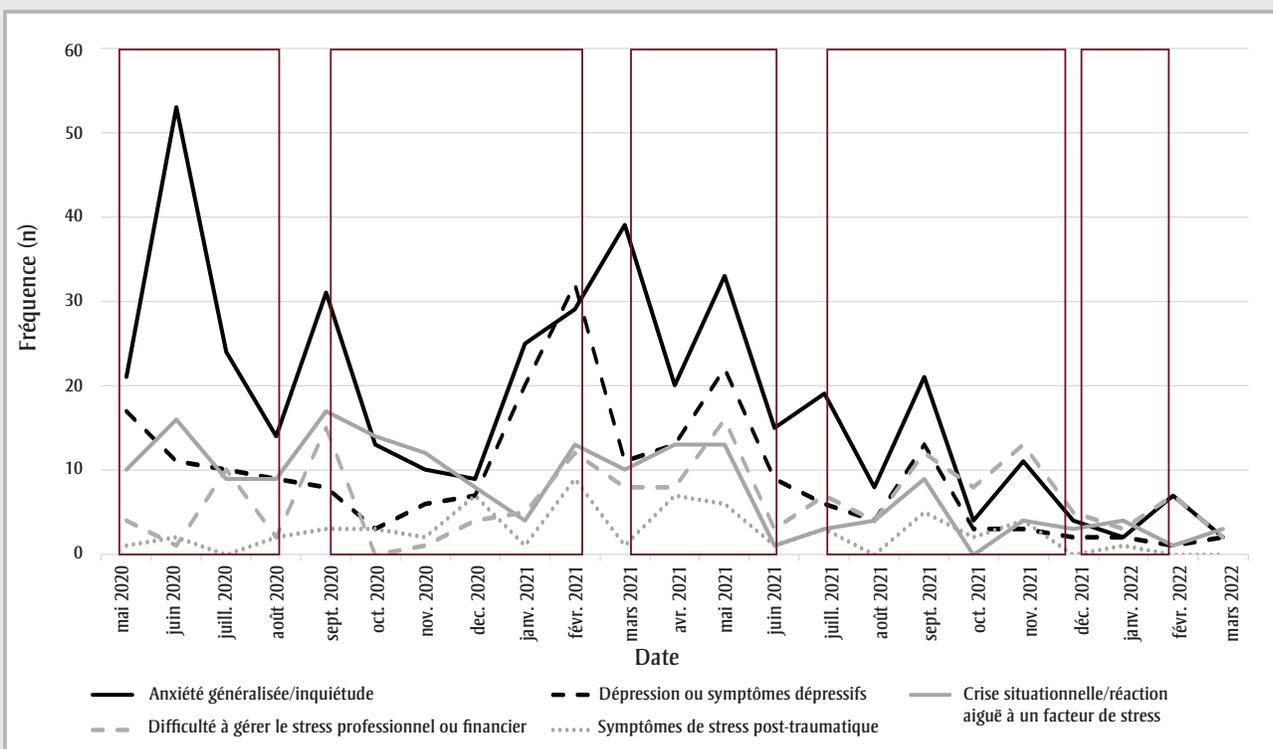
infirmier était fortement représenté dans l'échantillon par rapport aux autres professions, comptant pour 1129 (48,9 %) du total cumulatif des demandes, les autres groupes professionnels courants étant les professionnels de la santé (n = 221; 9,6 %), les médecins (n = 159; 6,9 %), les préposés aux bénéficiaires (n = 158; 6,8 %) et le personnel administratif/de bureau (n = 158; 6,8 %). Les travailleurs sociaux étaient relativement bien représentés dans l'échantillon, avec 103 demandes (4,5 %) sur l'ensemble des demandes. Les aides sociaux et travailleurs des services communautaires (n = 96; 4,2 %) et les employés des installations et des services environnementaux (n = 48; 2,1 %) étaient aussi représentés, dans une moindre proportion. Enfin, 239 personnes ayant présenté une demande provenaient d'autres secteurs des établissements de soins (10,3 %; aumôniers, techniciens de laboratoire, personnel de recherche ou autres professions).

### Milieu de travail

Les données sur le milieu de travail des participants étaient disponibles pour

FIGURE 2

Nombre mensuel de nouvelles demandes<sup>a</sup> pour les cinq principaux problèmes de santé mentale ayant motivé les demandes de traitement des travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19, mai 2020 à mars 2022, Ontario, Canada



**Remarques :** Données disponibles seulement pour 1266 (46,5 %) demandes sur l'ensemble des demandes. Les zones encadrées représentent le moment approximatif des cinq premières vagues de la COVID-19 (de gauche à droite) en Ontario, selon les données publiées par Santé publique Ontario<sup>20</sup>.

<sup>a</sup> Les participants se sont adressés à l'un des cinq établissements de santé de l'initiative en Ontario, soit le Centre de toxicomanie et de santé mentale, St. Joseph's Healthcare Hamilton, le Centre de santé mentale Royal Ottawa, le Centre de soins de santé mentale Waypoint et le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores.

2124 personnes. La figure 4 expose les nouvelles demandes mensuelles en fonction des cinq milieux de soins les plus fréquemment déclarés comme lieu de travail au moment de la demande. Comme l'illustre la figure 4, les demandes proviennent dans une large mesure du personnel des hôpitaux, avec 1322 personnes (62,2 %) du total cumulatif des demandes. De ce nombre, 570 (43,1 %) travaillaient dans des unités d'hospitalisation et 291 (22,0 %), dans des unités de soins intensifs. La majorité des autres travailleurs de la santé qui ont eu recours aux services travaillaient dans des établissements de soins de longue durée (n = 255; 12,0 %), des centres de soins communautaires (n = 212; 10,0 %), des centres de soins primaires (n = 127; 6,0 %) ou des foyers pour aînés (n = 51; 2,4 %). Quelques personnes seulement travaillaient dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire (n = 13; 0,6 %) ou de la santé publique (n = 4; 0,2 %). Les personnes restantes provenaient d'autres milieux de soins de santé ou de milieux connexes (n = 140; 6,6 %).

## Analyse

Nous avons étudié le profil sociodémographique des travailleurs de la santé qui ont demandé à recevoir des services de traitement pendant la pandémie de COVID-19, le problème de santé mentale pour lequel ils ont demandé ces services et la façon dont le nombre de demandes a fluctué au cours des 22 mois de la pandémie. La préoccupation la plus courante portait sur les symptômes d'anxiété généralisée ou d'inquiétude. Les augmentations et les diminutions du nombre mensuel de nouvelles demandes ont coïncidé approximativement avec respectivement le début et la fin des vagues de COVID-19.

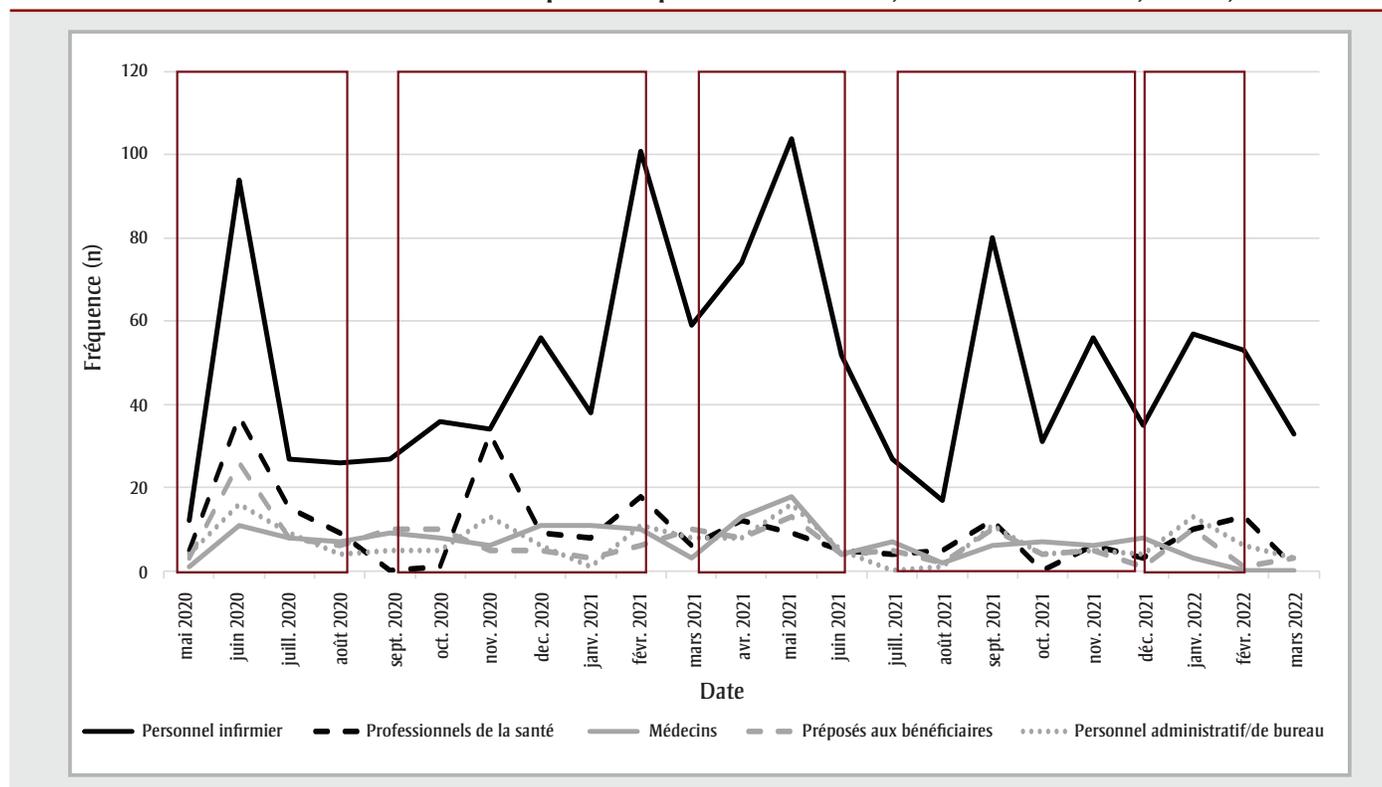
Les données sociodémographiques ont révélé que les demandes de services provenaient principalement de femmes, de personnes blanches et de membres du personnel infirmier, ce qui n'est pas spécifique au contexte canadien. Ces constatations rejoignent celles d'un ensemble de recherches selon lesquelles le personnel infirmier a subi davantage de répercussions

négatives pendant la pandémie que les autres groupes professionnels<sup>12</sup>, a présenté des taux supérieurs d'épuisement professionnel<sup>9</sup> et, à l'instar des femmes en général, a demandé plus fréquemment à recevoir des soins<sup>8,13</sup>. Cependant, il est également vrai que le personnel infirmier constitue la majorité du personnel soignant des hôpitaux et que la profession est majoritairement féminine<sup>14</sup>. Les médecins ont été à l'origine d'un nombre restreint mais non négligeable de demandes de services.

L'âge moyen des travailleurs de la santé qui ont demandé à recevoir un traitement correspond au milieu de la trentaine, ce qui rejoint les résultats de plusieurs études montrant une association entre un âge plus jeune et des symptômes plus importants sur le plan de la santé mentale chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie<sup>7</sup>. Environ la moitié des travailleurs qui ont fait appel au programme avaient déjà été traités pour un problème de santé mentale et ont signalé un diagnostic antérieur de problème de santé mentale. Cette constatation est également conforme aux

FIGURE 3

Nombre mensuel de nouvelles demandes<sup>a</sup> pour les cinq professions les plus courantes parmi les travailleurs de la santé ayant présenté une demande de traitement en santé mentale pendant la pandémie de COVID-19, mai 2020 à mars 2022, Ontario, Canada



**Remarques :** Données disponibles seulement pour 2311 (84,8 %) demandes sur l'ensemble des demandes. Les zones encadrées représentent le moment approximatif des cinq premières vagues de la COVID-19 (de gauche à droite) en Ontario, selon les données publiées par Santé publique Ontario<sup>20</sup>.

<sup>a</sup> Les participants se sont adressés à l'un des cinq établissements de santé de l'initiative en Ontario, soit le Centre de toxicomanie et de santé mentale, St. Joseph's Healthcare Hamilton, le Centre de santé mentale Royal Ottawa, le Centre de soins de santé mentale Waypoint et le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores.

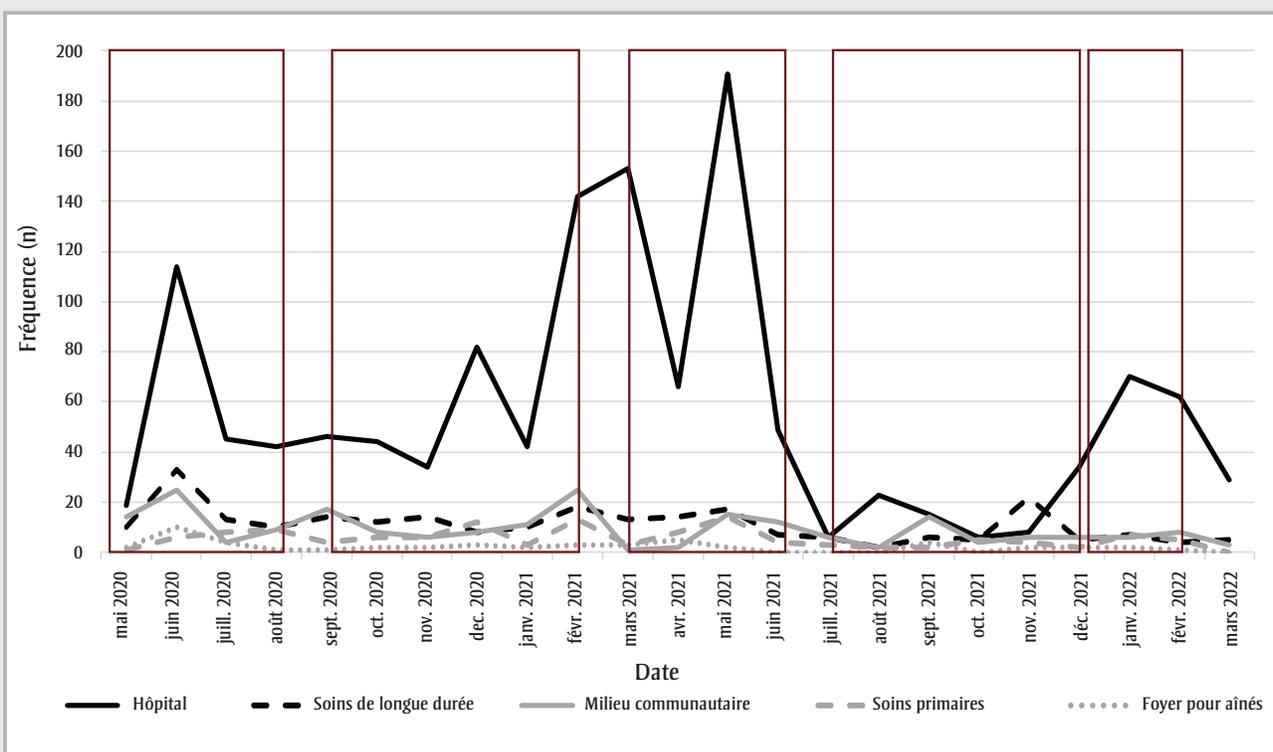
travaux antérieurs<sup>8,21,22</sup> et met par ailleurs en lumière qu'un grand nombre de travailleurs de la santé ont demandé des soins pour la première fois pendant la pandémie. Près des deux tiers des demandes de services venaient du personnel hospitalier, un résultat qui rappelle la forte charge émotionnelle du travail de première ligne<sup>16</sup>. Environ 10 % des demandes de traitement sont venues du personnel hospitalier de soutien (administration/travail de bureau, installations/services environnementaux), ce qui souligne l'importance d'intégrer divers groupes professionnels aux programmes de soins de santé mentale destinés aux travailleurs de la santé. Dans l'ensemble, ces résultats sont tout à fait conformes aux conclusions de recherches antérieures, et ils soulignent qu'un large éventail de variables individuelles a une influence la survenue d'effets néfastes sur la santé mentale.

Notre étude a permis de cerner les types de problèmes de santé mentale pour lesquels les travailleurs de la santé ont demandé à recevoir un traitement. De

même que les revues systématiques ont établi l'omniprésence des symptômes d'anxiété et de dépression chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie<sup>3</sup>, notre étude a montré que les deux premiers motifs pour lesquels les travailleurs de la santé ont demandé un traitement sont les symptômes d'anxiété généralisée ou d'inquiétude et la dépression, ces deux catégories comptant pour la moitié des demandes de services prises en compte. Ce résultat obtenu au Canada diverge des résultats d'autres recherches menées à l'étranger, où la dépression (Mexique<sup>10</sup>) et la détresse (États-Unis<sup>7</sup>) – plutôt que l'anxiété – ont motivé le plus souvent l'obtention d'un traitement. Une méta-revue des revues systématiques a révélé que pendant la pandémie au Royaume-Uni, les travailleurs de la santé ont le plus souvent indiqué que l'anxiété était la raison pour laquelle ils voulaient se faire traiter, tandis que dans la région de la Méditerranée orientale, le motif de consultation le plus fréquent était le stress et, au Moyen-Orient, la dépression a été le premier motif de consultation indiqué par les travailleurs de la santé<sup>23</sup>.

Il est à noter que, dans notre étude, les traitements demandés pour des symptômes d'inquiétude ont atteint un sommet pendant la première vague de COVID-19, tandis que le premier pic de demandes de traitement pour des symptômes de dépression n'est survenu qu'à la fin de la deuxième vague. Au cours des 22 mois, il est arrivé très rarement que les demandes de traitement liées à la dépression surpassent celles liées à l'anxiété généralisée ou à l'inquiétude. Pendant la pandémie, il y a eu une augmentation marquée de la recherche sur la santé mentale des travailleurs de la santé. Avant la pandémie, la majorité de la recherche dans ce domaine portait sur les médecins, le personnel infirmier et le personnel des services d'urgence. Dans une étude menée avant la pandémie auprès de plus de 37 000 travailleurs de la santé (de diverses professions) aux États-Unis, le manque de sommeil (41 %) et la dépression (18,9 %) étaient les problèmes les plus courants, mais l'anxiété n'a pas été évaluée<sup>24</sup>. Il est néanmoins intéressant de comparer ces données à notre observation selon laquelle, pendant

**FIGURE 4**  
**Nombre mensuel de nouvelles demandes<sup>a</sup> pour les cinq principaux milieux de travail des travailleurs de la santé ayant présenté une demande de traitement en santé mentale pendant la pandémie de COVID-19, mai 2020 à mars 2022, Ontario, Canada**



**Remarques :** Données disponibles seulement pour 2124 (77,9 %) demandes sur l'ensemble des demandes. Les zones encadrées représentent le moment approximatif des cinq premières vagues de la COVID-19 (de gauche à droite) en Ontario, selon les données publiées par Santé publique Ontario<sup>20</sup>.

<sup>a</sup> Les participants se sont adressés à l'un des cinq établissements de santé de l'initiative en Ontario, soit le Centre de toxicomanie et de santé mentale, St. Joseph's Healthcare Hamilton, le Centre de santé mentale Royal Ottawa, le Centre de soins de santé mentale Waypoint et le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores.

la pandémie, 32,7 % des traitements demandés concernaient l'anxiété généralisée ou l'inquiétude et 16,9 %, la dépression.

Les trois autres problèmes les plus courants étaient les crises situationnelles et les réactions aiguës à des facteurs de stress, la difficulté à gérer le stress professionnel ou financier et les symptômes de stress post-traumatique. Ces résultats s'ajoutent à ceux des études transversales sur les symptômes signalés par les travailleurs de la santé et fournissent des précisions sur les problèmes pour lesquels les travailleurs de la santé ont effectivement demandé un traitement. Ces connaissances sont indispensables, car de nombreux travailleurs de la santé ne cherchent pas à se faire traiter en présence de symptômes. Les prochaines études pourraient inclure l'épuisement professionnel et les blessures morales comme motifs spécifiques de consultation.

Au-delà des variations du nombre de demandes au fil du temps, en moyenne, plus de 100 travailleurs de la santé par

mois ont demandé à recevoir un traitement au cours de la pandémie. L'amplitude a cependant été très forte, avec un maximum de 334 demandes en mai 2021 et un minimum de 13 demandes en septembre 2021. Les augmentations et les diminutions du nombre mensuel de nouvelles demandes coïncident approximativement avec respectivement le début et la fin des vagues de COVID-19, ce qui montre un recours plus important aux services de santé mentale lorsque le nombre de cas de COVID-19 a augmenté.

Il existe des points de convergence entre nos résultats et certaines études antérieures sur les travailleurs de la santé au Canada, notamment le fait que la détresse psychologique et l'épuisement émotionnel ont atteint un sommet au printemps 2021 et que l'épuisement émotionnel a diminué pendant les périodes où l'on dénombrait peu d'hospitalisations liées à la COVID-19 et peu de cas dans la collectivité<sup>9</sup>, et également que deux des trois plus hauts taux de demandes de traitement des travailleurs de la santé ont été enregistrés en

mai 2020 et en mai 2021<sup>19</sup>. Contrairement à Sheehan et à ses collaborateurs<sup>19</sup>, qui ont constaté un pic élevé de demandes en janvier 2021, nous avons constaté que le deuxième taux de demandes en importance a été enregistré en mars 2021, peu après la fin de la deuxième vague de la pandémie.

Parce que la pandémie se poursuivait, il est étonnant de voir une forte baisse des demandes au cours de la quatrième et de la cinquième vague, avec des taux de demandes inférieurs à ceux des trois premières vagues. Cette baisse pourrait en partie s'expliquer par la disponibilité croissante des vaccins contre la COVID-19, une meilleure connaissance de la COVID-19 et de sa prise en charge ainsi que l'assouplissement des restrictions de distanciation physique imposées par le gouvernement et les hôpitaux.

Plusieurs leçons peuvent être tirées, à l'échelle du réseau, de cette initiative mise en place dans plusieurs hôpitaux quelques semaines après le début de la pandémie.

Tout d'abord, comme le programme couvrait l'ensemble de la province et que le processus d'admission était normalisé, les ressources des cinq établissements pouvaient être partagées ou être réparties dans la province. Deuxièmement, la prestation de services virtuels a facilité encore plus le partage des ressources et a eu deux avantages notables. Le premier est que les travailleurs de la santé ont eu accès à des services en dehors de leur établissement d'attache, ce qui garantissait une plus grande confidentialité. Les travailleurs de la santé ont souvent préféré obtenir ses services à l'extérieur de leur région (même de façon virtuelle), et le personnel des cinq hôpitaux a souvent demandé les soins d'un autre établissement que le sien. Le second avantage qu'ont rendu possible la collaboration des hôpitaux et le partage des admissions a été la rapidité d'accès aux soins, même lorsque la demande a augmenté. Les délais d'attente ont été diminués au maximum en mettant en commun les ressources et en surveillant les délais d'attente, de sorte que l'accès au traitement a toujours été rapide (immédiat ou presque). Le format virtuel implique que, peu importe où les gens vivaient, s'ils avaient accès au téléphone ou à Internet, ils pouvaient accéder aux services de façon équitable. Troisièmement, le fait de demander directement à bénéficier de ces services éliminait un obstacle à l'accès.

Malgré l'existence d'autres programmes de soutien, comme les programmes d'aide aux employés, les initiatives des hôpitaux ont enregistré de bons taux d'utilisation. La prestation de soins destinés à un secteur particulier (en l'occurrence, le secteur de la santé) était un atout important et devrait faire partie des programmes de soutien en santé mentale auxquels ont accès les travailleurs de la santé. Le succès a beaucoup tenu à la capacité des cliniciens de comprendre le contexte de travail et les difficultés rencontrées par les travailleurs de la santé. Dans les faits, il est probable que les services de ce programme ont permis aux travailleurs de continuer à travailler plutôt que de prendre un congé, et ceux qui ont pris un congé ont tout de même eu besoin de soutien à leur retour au travail. Comme pour les autres services de santé, les ressources humaines ont représenté un défi, et la contribution des cliniciens d'autres secteurs a parfois été requise pour répondre aux besoins du programme de traitement des travailleurs de la santé.

### Points forts et limites

Les points forts de cette étude reposent sur sa nature multiétablissement, sur le vaste échantillon de travailleurs de la santé ayant fait une demande de traitement, sur la collecte de données sur une période de 22 mois et sur la capacité à analyser les demandes de traitement en fonction des vagues de COVID-19 dans la collectivité.

Les limites proviennent du fait que les données ont été recueillies sans identifiants uniques, ce qui a empêché l'analyse ou les comparaisons de données individuelles. L'étude combinait donc tous les travailleurs de la santé ayant fait une demande de traitement, alors que des identifiants uniques auraient permis de déterminer quels travailleurs de la santé ont demandé quels types d'aide en santé mentale, les raisons de leurs choix de traitement et les résultats associés aux diverses modalités thérapeutiques (voir Laposa et ses collaborateurs<sup>8</sup> pour une évaluation de la thérapie brève auprès des travailleurs de la santé).

Bien que l'échantillon de l'étude soit important, certaines données sont absentes, et de nombreux travailleurs de la santé dont la santé mentale a été affectée par la pandémie ne se sont sans doute pas prévalus de ce programme ou d'autres formes de traitement. En principe, alors qu'un travailleur de la santé pouvait soumettre plusieurs demandes de traitement, des rapports du personnel indiquent que cette situation ne serait survenue que très rarement, parce qu'après leur admission, les personnes ayant besoin d'un suivi au-delà de l'intervention brève ont été dirigées vers les trajectoires habituelles des programmes cliniques ou vers d'autres ressources communautaires. Enfin, la majorité des établissements hospitaliers ont constaté que seulement 12 % des demandes de traitement ont été présentées par des hommes, ce qui fait que les résultats pourraient ne pas être représentatifs pour ce groupe.

Il reste du travail à faire pour comprendre quels travailleurs de la santé ne demandent pas de traitement et pourquoi, ce qui permettrait d'intégrer les besoins de ces travailleurs aux programmes.

### Conclusion

Cette étude dresse le profil des travailleurs de la santé qui ont demandé par eux-mêmes

à obtenir du soutien en santé mentale pendant la pandémie au moyen d'un service d'accès rapide, coordonné par cinq grands hôpitaux de l'Ontario. La majorité des travailleurs de la santé qui ont eu recours à ce service étaient des femmes (comme la plupart des travailleurs de la santé), travaillaient en soins infirmiers et avaient déjà reçu un diagnostic ou un traitement pour un problème de santé mentale. La prochaine fois que des services semblables seront mis en place, compte tenu des tendances en matière d'obtention de soins, ces groupes pourraient en être le public cible.

La structure du programme a permis un accès plus équitable et rapide aux services, grâce à la mise en commun virtuelle des ressources des cinq établissements. La prestation virtuelle de soins implique que l'accès et les délais d'attente ne dépendent pas du lieu de résidence dans la province. Cela a également permis d'offrir le traitement en priorité dans le lieu choisi par la personne, ce qui s'est révélé particulièrement important lorsque cette dernière travaillait dans l'un des établissements et préférait s'adresser ailleurs pour des raisons de confidentialité.

Enfin, comme notre étude a fait ressortir les principaux motifs pour lesquels les travailleurs de la santé ont demandé du soutien – à savoir l'anxiété généralisée ou l'inquiétude, la dépression, une crise situationnelle ou une réaction aiguë à un facteur de stress, la difficulté à gérer le stress professionnel ou financier et les symptômes de stress post-traumatique –, ces données peuvent être utiles à la planification des services de soutien en santé mentale que l'on va continuer à offrir au personnel de santé en période post-pandémique. Les résultats de notre étude indiquent que les travailleurs de la santé voudront probablement recevoir des soins de santé mentale pendant une éclosion, d'où la nécessité de leur offrir des mesures de soutien en conséquence pendant cette période.

### Remerciements

Nous tenons à remercier les travailleurs de la santé participants pour l'excellence des services offerts pendant la pandémie. Nous remercions également les administrations des hôpitaux d'avoir mis en place des mesures de soutien pour les travailleurs de la santé peu après l'apparition de la COVID-19, ainsi que le gouvernement de

l'Ontario d'avoir financé ces services essentiels pour les travailleurs de la santé.

### Financement

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

### Conflits d'intérêts

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

### Contributions des auteurs et avis

JL, RM, DC : conception.

JL, RM, DC, KC, KR, SDLS, LF, KCT, NQ, VS, SC : mise en œuvre.

JL, RM, DC : analyse.

JL, RM, DC : rédaction de la première version du manuscrit.

JL, RM, DC, KC, KR, SDLS, LF, KCT, NQ, VS, SC, PK, HB, AS : relectures et révisions.

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. Dozois DJ, Mental Health Research Canada. Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: a national survey. *Can Psychol.* 2021;62(1):136-142. <https://doi.org/10.1037/cap0000251>
2. Petrella AR, Hughes L, Fern LA, et al. Healthcare staff well-being and use of support services during COVID-19: a UK perspective. *Gen Psychiatr.* 2021; 34(3):e100458. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100458>
3. Aymerich C, Pedruzo B, Pérez JL, et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2022;65(1):e10. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1>

4. Ritchie K, D'Alessandro-Lowe AM, Brown A, et al. The hidden crisis: understanding potentially morally injurious events experienced by healthcare providers during COVID-19 in Canada. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(6):4813. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064813>
5. Xue Y, Lopes J, Ritchie K, et al. Potential circumstances associated with moral injury and moral distress in healthcare workers and public safety personnel across the globe during COVID-19: a scoping review. *Front Psychiatry.* 2022;13:863232. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.863232>
6. Chingono RM, Nzvere FP, Marambire ET, et al. Psychological distress among healthcare workers accessing occupational health services during the COVID-19 pandemic in Zimbabwe. *Compr Psychiatry.* 2022;116:152321. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152321>
7. Ergai A, Spiva L, Li L, Breshears R, Zhan G. Perceptions of risk, work, and lifestyle changes on mental health of healthcare workers amidst the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9):5420. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095420>
8. Laposa JM, Cameron D, Corace K, et al. A rapid access brief psychotherapy intervention to respond to healthcare workers in Ontario whose mental health was negatively impacted during the COVID-19 pandemic. *Can J Psychiatry.* 2024;69(2):89-99. <https://doi.org/10.1177/07067437231187462>
9. Maunder RG, Heeney ND, Hunter JJ, et al. Trends in burnout and psychological distress in hospital staff over 12 months of the COVID-19 pandemic: a prospective longitudinal survey. *J Occup Med Toxicol.* 2022;17:11. <https://doi.org/10.1186/s12995-022-00352-4>
10. Robles R, Morales-Chainé S, Bosch A, et al. Mental health problems among COVID-19 frontline healthcare workers and the other country-level epidemics: the case of Mexico. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 19(1):421. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010421>
11. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE.* 2020;15(12):e0244630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>
12. Minelli A, Silva RC, Barlati S, et al. The elephant in the room: a cross-sectional study on the stressful psychological effects of the COVID-19 pandemic in mental healthcare workers. *Brain Sci.* 2022;12(3):408. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030408>
13. Ferreres-Galán V, Navarro-Haro MV, Peris-Baquero Ó, Guillén-Marín S, de Luna-Hermoso J, Osma J. Assessment of acceptability and initial effectiveness of a unified protocol prevention program to train emotional regulation skills in female nursing professionals during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(9):5715. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095715>
14. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le personnel infirmier au Canada, 2021 – tableaux de données. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022. En ligne à : <https://www.cih.ca/fr/le-personnel-infirmier-au-canada-2021-tableaux-de-donnees>
15. Doan QH, Tran NN, Than MH, et al. Depression, anxiety and associated factors among frontline hospital healthcare workers in the fourth wave of COVID-19: empirical findings from Vietnam. *Trop Med Infect Dis.* 2021; 7(1):3. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7010003>
16. Young KP, Kolcz DL, Ferrand J, O'Sullivan DM, Robinson K. Healthcare worker mental health and well-being during COVID-19: mid-pandemic survey results. *Front Psychol.* 2022; 13:924913. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.924913>
17. Nehme M, Vieux L, Kaiser L, et al. The longitudinal study of subjective wellbeing and absenteeism of healthcare workers considering post-COVID condition and the COVID-19 pandemic toll. *Sci Rep.* 2023;13(1):10759. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37568-1>

- 
18. Qiao X, Cao J, Cao C, et al. Anxiety and depression symptoms among healthcare workers in China after the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic eased: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(26): e34179. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034179>
  19. Sheehan KA, Schulz-Quach C, Ruttan LA, et al. “Don’t just study our distress, do something” : implementing and evaluating a modified stepped-care model for health care worker mental health during the COVID-19 pandemic. *Can J Psychiatry*. 2022; 68(1):43-53. <https://doi.org/10.1177/07067437221111372>
  20. Santé publique Ontario. Résumé épidémiologique quotidien : Cas de COVID-19 en Ontario : du 15 janvier 2020 au 14 juin 2022. Toronto (Ont.) : Santé publique Ontario; 2022. En ligne à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-daily-epi-summary-report.pdf?la=fr>
  21. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020; 369:m1642. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
  22. Zhu Z, Xu S, Wang H, et al. COVID-19 in Wuhan: sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*. 2020;24: 100443. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>
  23. Chutiyami M, Cheong AM, Salihu D, et al. COVID-19 pandemic and overall mental health of healthcare professionals globally: a meta-review of systematic reviews. *Front Psychiatry*. 2022;12:804525. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.804525>
  24. Silver SR, Li J, Marsh SM, Carbone EG. Prepandemic mental health and well-being: differences within the health care workforce and the need for targeted resources. *J Occup Environ Med*. 2022;64(12):1025-1035. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002630>

## 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.

Biswas A, Prince SA. Does remote work promote exercise and cardiovascular health? Current evidence and future directions. *Can J Cardiol.* 2024. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2024.09.029>

Dopko R, Liu L, Contreras G. Suicidal ideation and mental illnesses during the COVID-19 pandemic in Canada. *Discov Psychol.* 2024;4(1):151. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00253-z>

Hyun Lim S, Hersi M, Krishnan R, Montroy J, Rook B, Farrah K, Chung Y, Stevens A, Zafack J, Wong E, Forbes N, Killikelly A, Young K, Tunis M. COVID-19 vaccine evidence monitoring assisted by artificial intelligence: an emergency system implemented by the Public Health Agency of Canada to capture and describe the trajectory of evolving pandemic vaccine literature. *Vaccine X.* 2024; 21:100575. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100575>

John-Baptiste A, Moulin M, Li Z, Hamilton D, Crichlow G, Klein DE, [...] Moqueet N, Champredon D, et al. Do COVID-19 infectious disease models incorporate the social determinants of health? A systematic review. *Public Health Rev.* 2024;45:1607057. <https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1607057>

Robinson J, Chaput JP, Roberts KC, Goldfield GS, Wong SL, Janssen I, Gariépy G, Prince SA, Capaldi CA, Lang J. Sleep health characteristics and positive mental health in Canadian youth: a cross-sectional analysis of the Health Behaviour in School-aged Children study. *Sleep Health.* 2024;10(6):671-677. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2024.09.008>

Sprague AE, Roberts NF, Lavin Venegas C, Nath T, Shah PS, Barrett J, [...] Dzakpasu S, et al. Mortality following childbirth in Ontario: a 20-year analysis of temporal trends and causes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2024;46(12):102689. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102689>

Yin CY, Scott MM, Kimura M, Hakimjavadi R, Girard CI, Clarke A, et al. Oral anticoagulant use and post-fall mortality in long-term care home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2024;25(12):105233. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105233>

Zakaria D, Demers A, Cheta N, Aziz S, Abdullah P. Factors associated with the development, severity, and resolution of post COVID-19 condition in adults living in Canada, January 2020 to August 2022. *Can J Public Health.* 2024. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00958-7>

