

Recherche quantitative originale

Capacité d'adaptation et santé mentale positive au Canada chez les jeunes et les adultes : résultats d'une enquête représentative de la population à l'échelle nationale

Mihojana Jhumi, M.S.P. (1,2); Laura L. Ooi, Ph. D. (1); Karen C. Roberts, M. Sc. (1); Melanie Varin, M. Sc. (1)

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

Résumé

Introduction. La capacité d'adaptation est un facteur de protection en matière de santé mentale positive (SMP) et un atout qui favorise la santé de la population. S'il existe des données montrant une forte association entre la capacité d'adaptation et la santé mentale positive, on en sait moins sur la façon dont les schémas d'adaptation diffèrent en fonction des groupes d'âge. Il est nécessaire de combler cette lacune dans les connaissances, étant donné que l'âge est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité d'adaptation d'une personne.

Méthodologie. Nous avons analysé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019 portant sur la capacité d'adaptation autoévaluée des adultes et des jeunes (N = 60 643; 12 ans ou plus) en ce qui concerne les problèmes inattendus ou difficiles à surmonter et les exigences quotidiennes de la vie en lien avec trois indicateurs de la santé mentale positive, soit la santé mentale autoévaluée (SMAE), le bonheur et la satisfaction à l'égard de la vie. Nous avons ventilé toutes les estimations par variable sociodémographique (sexe, genre, quintile de revenu du ménage, statut vis-à-vis de l'immigration, origine ethnoculturelle, lieu de résidence) et stratifiées en fonction de cinq groupes d'âge puis nous avons effectué des analyses de régression pour chacun de ces groupes d'âge.

Résultats. La prévalence d'une capacité d'adaptation élevée variait en fonction du sexe, du genre, du revenu, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'origine ethnoculturelle. Une capacité d'adaptation élevée a été significativement associée aux trois indicateurs de la santé mentale positive dans tous les groupes d'âge. Les personnes possédant une capacité d'adaptation élevée étaient de 4 à 6 fois plus susceptibles de faire état d'un niveau élevé de SMAE et d'un niveau élevé de bonheur que les personnes ayant une capacité d'adaptation moins élevée. Les personnes ayant une capacité d'adaptation élevée avaient un score de satisfaction à l'égard de la vie supérieur de 0,84 à 1,32 unité par rapport aux personnes ayant une capacité d'adaptation moins élevée.

Conclusion. La relation systématiquement positive entre une capacité d'adaptation élevée et la santé mentale positive dans tous les groupes d'âge fournit une information précieuse pour l'élaboration de messages de santé publique et pour la promotion de la capacité d'adaptation dans le but d'améliorer la santé mentale de la population.

Mots-clés : *santé mentale autoévaluée, bonheur, satisfaction à l'égard de la vie*

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



Points saillants

- En 2019, la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée variait entre 69,6 % et 86,3 % au sein de cinq groupes d'âge de jeunes et d'adultes.
- La prévalence d'une capacité d'adaptation élevée variait en fonction du sexe, du genre, du revenu, du statut vis-à-vis de l'immigration, de l'origine ethnoculturelle et du lieu de résidence (milieu rural ou agglomération).
- Parmi les personnes faisant preuve d'une capacité d'adaptation élevée, environ trois sur quatre faisaient état d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et environ quatre sur cinq faisaient état d'un niveau élevé de bonheur.
- Le score moyen de satisfaction à l'égard de la vie était de 8,3 (sur 10) chez les personnes ayant une capacité d'adaptation élevée.
- Une capacité d'adaptation élevée augmente la probabilité d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et de bonheur et elle est associée à une plus grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie au sein de tous les groupes.

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Melanie Varin, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 343-543-5186; courriel : melanie.varin@phac-aspc.gc.ca

Introduction

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) définit la santé mentale positive (SMP) comme « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés »¹. On sait que la SMP contribue à la prospérité sociale et économique du Canada², qu'elle atténue les risques de troubles mentaux et qu'elle peut être associée à une meilleure santé physique et mentale même en la présence de problèmes de santé mentale^{3,4}. La SMP est associée à une réduction du risque de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété⁵, à une diminution de la gravité des symptômes et à une meilleure rémission chez les patients présentant des troubles mentaux^{6,7} ainsi qu'à une amélioration de la santé et de la longévité chez les populations en bonne santé⁸.

Au Canada, l'ASPC surveille la santé mentale positive chez les adultes (18 ans et plus) et chez les jeunes (12 à 17 ans) à l'aide du Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (CISSMP) depuis 2016^{9,10}. Le CISSMP permet de réaliser des estimations de routine sur un ensemble clé d'indicateurs de résultats de la SMP, y compris la santé mentale autoévaluée (SMAE), le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie, le bien-être psychologique et le bien-être social. Le CISSMP fournit également de l'information sur les facteurs de risque et les facteurs de protection à l'échelle individuelle, familiale, communautaire et sociétale^{9,10}.

Afin d'identifier les populations et les déterminants que les activités de promotion de la santé mentale pourraient cibler, l'ASPC étudie également la manière dont les schémas de SMP peuvent varier entre populations^{3,11-13} et explore les relations entre la SMP et différents facteurs de risque et facteurs de protection¹⁴⁻¹⁶.

L'un des facteurs de protection à l'échelle individuelle est la capacité d'adaptation^{9,10}. La capacité d'adaptation est la capacité d'adopter des stratégies cognitives et comportementales permettant de gérer les exigences internes et externes qui accompagnent les situations perçues comme étant stressantes^{17,18}. L'adaptation peut être active, lorsqu'on tente de modifier la nature des événements stressants

en résolvant le problème, ou réactive, lorsqu'on tente de réguler sa réponse émotionnelle à ces événements stressants^{17,19}. Selon la théorie de l'élargissement et de la construction²⁰, les émotions positives peuvent accroître la capacité des individus à mettre en œuvre diverses stratégies d'adaptation en réponse au stress, ce qui leur permet ensuite de développer des ressources sociales, physiques et psychologiques durables qui contribuent à améliorer leur bien-être^{19,22}. En effet, un grand nombre de travaux de recherche menés au Canada font état d'une association statistiquement significative entre la capacité d'adaptation et divers indicateurs d'une SMP, notamment le bien-être psychologique^{23,24} et le bien-être émotionnel^{3,25}.

Des études montrent que l'âge est un facteur déterminant dans la capacité des individus à faire face à divers défis, exigences et pressions^{26,27}. Cette capacité d'adaptation nécessite des compétences qui se renforcent au fil du temps, en fonction de l'expérience vécue^{26,27}. En 2019, au Canada, trois jeunes de 12 à 17 ans sur quatre (75,5 %) et quatre adultes sur cinq (82,2 %) ont déclaré avoir une capacité d'adaptation élevée¹⁰. Une étude approfondie par groupe d'âge révèle davantage de nuances. En 2019, la proportion d'adultes au Canada ayant déclaré avoir une capacité d'adaptation élevée était la plus forte chez les personnes de 65 ans ou plus (86,3 %) et la plus faible chez les personnes de 18 à 24 ans (69,6 %) ¹⁰. En outre, la mesure dans laquelle les adolescents et les aînés recourent à l'adaptation active pour gérer les facteurs de stress quotidiens a des implications différentes en ce qui concerne la santé mentale²⁸. On manque cependant de travaux de recherche au Canada sur les schémas d'adaptation en fonction des différents groupes d'âge et d'autres variables sociodémographiques pertinentes.

Au Canada, tant chez les jeunes que chez les adultes, la capacité d'adaptation varie en fonction de caractéristiques sociodémographiques, notamment le sexe, le revenu, le lieu de résidence et le statut d'appartenance à une population racisée¹⁰. Il est donc essentiel de surveiller la SMP et la capacité d'adaptation en fonction de ces variables sociodémographiques pour chaque groupe d'âge, afin de comprendre l'état de santé de la population et d'identifier les groupes susceptibles de bénéficier le plus d'interventions de santé publique. Afin de mieux décrire et comprendre les schémas

d'adaptation et les associations avec la SMP, nous avons conçu notre étude de façon à :

- produire des estimations nationales de la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée chez les jeunes et les adultes, stratifiées par groupe d'âge et ventilées par variable sociodémographique;
- fournir, chez les personnes ayant une capacité d'adaptation élevée, des estimations de la prévalence de trois indicateurs de résultats de la SMP, à savoir un niveau élevé de SMAE et un niveau élevé de bonheur et de satisfaction moyenne à l'égard de la vie;
- explorer les associations entre la capacité d'adaptation et ces trois indicateurs de la SMP pour chaque groupe d'âge.

Méthodologie

Données et participants

Nous avons analysé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2019, une enquête transversale représentative à l'échelle nationale des personnes de 12 ans ou plus dans les 10 provinces du Canada²⁹. Sont exclus de cette enquête les personnes vivant dans une réserve ou une autre communauté autochtone, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes vivant en établissement, les jeunes de 12 à 17 ans vivant en famille d'accueil et les personnes vivant dans les régions sanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec. Les populations exclues forment moins de 3 % de la population du Canada.

Les répondants ont répondu volontairement à l'enquête dans le cadre d'entretiens personnels assistés par ordinateur et d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur²⁹. Le taux de réponse a été de 54,4 %²⁹. Sur les 65 970 répondants, 91,9 % (n = 60 643) ont accepté que leurs données soient transmises à l'ASPC²⁹.

Mesure de la capacité d'adaptation

Deux questions ont été posées aux répondants dans le cadre de l'ESCC :

- 1) « En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face à des problèmes

inattendus et difficiles, par exemple, une crise familiale ou personnelle? »

2) « En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie, par exemple, faire face aux responsabilités vis-à-vis le [sic] travail, la famille et le bénévolat? »

Pour chaque question, quatre réponses étaient possibles : « excellente », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». Pour nous aligner sur le CISSMP¹⁰, nous avons considéré que les participants avaient une capacité d'adaptation élevée s'ils avaient répondu « excellente » aux deux questions, « excellente » à une question et « bonne » à l'autre question, « bonne » aux deux questions ou encore « excellente » à une question et « passable » à l'autre. Toutes les autres réponses ont été considérées comme étant associées à une capacité d'adaptation moindre. Statistique Canada a montré qu'il existe une association positive entre le fait de déclarer avoir une capacité d'adaptation élevée en réponse à ces deux questions et diverses mesures globales reconnues de l'adaptation positive, comme l'échelle Ways of Coping³⁰, qui a été créée à partir de trois échelles sur la capacité d'adaptation³¹.

Mesure des indicateurs de la SMP

Trois indicateurs de la SMP, soit la SMAE, le bonheur et la satisfaction à l'égard de la vie, ont été inclus dans cette étude et ont été harmonisés avec le CISSMP¹⁰. Pour mesurer la SMAE, on a demandé aux répondants de l'ESCC si leur santé mentale était « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». Ceux ayant choisi « excellente » et « très bonne » ont été considérés comme ayant un niveau élevé de SMAE.

Pour mesurer le bonheur, on a demandé aux répondants de l'ESCC s'ils se décrivaient habituellement comme étant « heureux et intéressés à vivre », « plutôt heureux », « plutôt malheureux », « malheureux et peu intéressés à vivre » ou « si malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ». Les participants qui avaient choisi « heureux et intéressés à vivre » ont été considérés comme ayant un niveau élevé de bonheur.

Pour mesurer la satisfaction à l'égard de la vie, on a demandé aux répondants de l'ESCC quel sentiment ils éprouvaient « présentement » par rapport à leur vie

« en général », sur une échelle de 0 (« très insatisfait ») à 10 (« très satisfait »). La satisfaction à l'égard de la vie a été traitée en tant que variable numérique.

Variables sociodémographiques

Les données ont été stratifiées en fonction des cinq groupes d'âge suivants : 12 à 17 ans, 18 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus¹⁰. Nous avons choisi d'utiliser les variables sociodémographiques suivantes parce qu'elles ont déjà été associées à la capacité d'adaptation ou à la SMP et qu'elles sont susceptibles d'être des variables de confusion : le sexe, le genre, la distribution du revenu du ménage, le statut vis-à-vis de l'immigration, l'origine ethnoculturelle et le lieu de résidence^{3,23,26}.

Sexe et genre

Les répondants à l'ESCC ont été invités à indiquer le sexe qui leur a été assigné à la naissance et leur genre actuel en choisissant comme option de réponse entre « masculin » et « féminin » (ou en complétant « veuillez préciser ») aux deux questions. Nous traitons du genre en utilisant les choix de réponse prévus dans l'ESCC pour préserver la rigueur statistique et pour des raisons éthiques, même si ces réponses sont différentes des catégories de genre communément admises³².

Revenu du ménage

La distribution du revenu du ménage a été calculée à l'aide du rapport ajusté entre le revenu total du ménage et le seuil de faible revenu, déterminé en fonction de la taille de la collectivité et du ménage, puis elle a été répartie en quintiles²⁹.

Statut vis-à-vis de l'immigration

Le statut vis-à-vis de l'immigration a été déterminé à l'aide d'une variable indiquant si le répondant était immigrant ou non. La catégorie « immigrant » comprend les résidents permanents et les résidents non permanents. Les personnes ayant déclaré être nées au Canada ont été considérées comme non immigrantes²⁹.

Origine ethnoculturelle

Nous avons modifié la variable « minorité visible » développée par Statistique Canada pour rendre compte de l'origine ethnoculturelle. La variable utilisée par Statistique Canada est fondée sur la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, qui définit les minorités visibles comme des « personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont

pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche »³³. Les catégories d'origine ethnoculturelle que nous utilisons sont les suivantes : « Arabe ou Asiatique de l'Ouest », « Noir », « Asiatique de l'Est ou du Sud-Est », « Autochtone », « Latino-Américain », « Asiatique du Sud » et « Blanc ». Des renseignements détaillés sont disponibles ailleurs^{29,33}.

Lieu de résidence

Le lieu de résidence des répondants a été déterminé à partir de leur code postal. Les personnes vivant dans une zone bâtie comptant au moins 1 000 habitants et avec une densité de population d'au moins 400 habitants par km² ont été considérées comme vivant dans une agglomération²⁹. Les autres répondants ont été considérés comme vivant en milieu rural.

Analyse statistique

Nous avons effectué des analyses descriptives et inférentielles à l'aide de la version 7.1 du progiciel de statistiques SAS EG (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Nous avons estimé la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée pour chacune des caractéristiques sociodémographiques. Nous avons également estimé, chez les personnes présentant une capacité d'adaptation élevée, la prévalence d'un niveau élevé de SMAE et d'un niveau élevé de bonheur ainsi que le score moyen de satisfaction à l'égard de la vie.

Toutes les analyses ont été stratifiées en fonction des cinq groupes d'âge. Nous avons estimé les coefficients de variation et les intervalles de confiance (IC) à 95 % en utilisant une pondération *bootstrap* (1 000 répétitions) fournie par Statistique Canada. Nous avons procédé par régression logistique non ajustée afin de déterminer les différences propres à chaque groupe d'âge pour chaque caractéristique sociodémographique ($p < 0,05$). En vue de déterminer les associations spécifiques à chaque groupe d'âge entre la capacité d'adaptation et les indicateurs de SMP, nous avons effectué des analyses de régression (non ajustées et ajustées en fonction des variables sociodémographiques) pour chacun de ces groupes d'âge. Puisque les variables relatives au genre et au sexe étaient fortement corrélées entre elles (multicolinéarité), seul le sexe a été pris en compte dans les modèles de régression.

Nous avons effectué une régression logistique pour un niveau élevé de SMAE et un niveau élevé de bonheur et nous avons effectué une régression linéaire pour la satisfaction à l'égard de la vie. Dans le cas des analyses de régression, nous avons eu recours à la suppression par liste pour traiter les données manquantes. Nous avons choisi cette approche courante parce que la fréquence des données manquantes était faible et que la taille des échantillons était importante. Pour la régression logistique, nous avons considéré que les rapports de cotes associés à un IC à 95 % n'incluant pas 1,00 étaient statistiquement significatifs. Pour la régression linéaire, nous avons considéré que les coefficients bêta associés à un IC à 95 % n'incluant pas 0 étaient statistiquement significatifs.

Résultats

Au sein de chaque groupe d'âge, la plupart des répondants vivaient dans une agglomération, étaient nés au Canada et s'identifiaient comme Blancs. La proportion de personnes de sexe ou de genre masculin et de personnes de sexe ou de genre féminin était répartie également dans chaque groupe d'âge (tableau 1).

Plus de quatre répondants sur cinq (81,4 %) ont déclaré avoir une capacité d'adaptation élevée (tableau 2). Cependant, la prévalence de cette capacité d'adaptation élevée s'est révélée considérablement plus faible chez les 18 à 44 ans que chez de 45 à 64 ans et au-delà, variant entre 69,6 % chez les 18 à 24 ans et 86,3 % chez les 65 ans et plus. Une tendance similaire a été observée à l'égard des indicateurs de SMP, avec une SMP moins élevée chez les jeunes que chez les répondants plus âgés. La plupart des répondants ont également fait état d'un niveau élevé de SMAE (entre 55,6 % et 72,4 %) et d'un niveau élevé de bonheur (entre 66,7 % et 77,8 %). Les scores moyens de satisfaction à l'égard de la vie variaient entre 8,0 et 8,7, avec des scores similaires dans les différents groupes d'âge chez les adultes et un score plus élevé chez les 12 à 17 ans.

Dans tous les groupes d'âge à l'exception de celui des 45 à 64 ans, des différences statistiquement significatives associées au sexe et au genre ont été observées en ce qui concerne la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée (tableau 3). Celle-ci était significativement plus importante

chez les personnes de sexe ou de genre masculin que chez les personnes de sexe ou de genre féminin. Elle était également significativement plus importante dans les quintiles élevés de suffisance de revenu du ménage que dans le quintile le plus faible chez les adultes de 25 ans et plus. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives en ce qui concerne la capacité d'adaptation en fonction du revenu chez les jeunes (12 à 17 ans) et chez les jeunes adultes (18 à 24 ans).

La prévalence d'une capacité d'adaptation élevée était significativement plus importante chez les adultes vivant en milieu rural de 18 à 44 ans (mais pas chez ceux des autres groupes d'âge) que chez les adultes vivant dans une agglomération. Elle était significativement plus importante chez les immigrants de 25 à 44 ans que chez les non-immigrants du même groupe d'âge (82,0 % contre 78,4 %). L'inverse a toutefois été constaté chez les adultes de 65 ans et plus, avec une prévalence significativement plus importante chez les non-immigrants que chez les immigrants (87,2 % contre 84,0 %). La prévalence d'une capacité d'adaptation élevée était statistiquement plus faible chez les jeunes (12 à 17 ans) et les adultes (25 à 64 ans) autochtones que chez les non autochtones des mêmes groupes d'âge. Elle était statistiquement plus importante chez les jeunes adultes (18 à 24 ans) et les aînés (65 ans et plus) s'identifiant comme Blancs (respectivement 71,4 % et 87,0 %) que chez ceux s'identifiant comme Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est (respectivement 59,8 % et 81,2 %). Elle était statistiquement plus importante chez les jeunes (12 à 17 ans) s'identifiant comme Latino-Américains (86,4 %) ou Asiatiques du Sud (84,5 %) que chez ceux s'identifiant comme Blancs. Il n'y avait pas d'autres différences statistiquement significatives relativement à la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée chez les populations racisées au sein des divers groupes d'âge.

Environ trois personnes sur quatre ayant déclaré une capacité d'adaptation élevée ont déclaré avoir un niveau élevé de SMAE et environ quatre personnes sur cinq ont déclaré avoir un niveau élevé de bonheur (figures 1A et 1B). Le score moyen de satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes ayant une capacité d'adaptation élevée variait entre 8,2 (chez les adultes de 45 à 64 ans) et 8,9 (chez les jeunes de 12 à 17 ans). Au sein des

groupes d'âge avec capacité d'adaptation élevée, les jeunes (12 à 17 ans) affichaient la plus forte prévalence d'un niveau élevé de SMAE (80,3 %) tandis que les adultes de 45 à 64 ans affichaient la plus forte prévalence d'un niveau élevé de bonheur (83,1 %). Les jeunes adultes de 18 à 24 ans présentaient la plus faible prévalence d'un niveau élevé de bonheur (77,4 %) et d'un niveau élevé de SMAE (68,2 %).

Tant dans les analyses non ajustées que dans les analyses ajustées, on a relevé une étroite association entre la capacité d'adaptation et les trois indicateurs de la SMP, et ce, pour tous les groupes d'âge (tableau 4). Les personnes ayant déclaré avoir une capacité d'adaptation élevée étaient de quatre à six fois plus susceptibles de déclarer un niveau élevé de SMAE (rapport de cotes ajusté [RCa] de 4,2 à 6,5) et un niveau élevé de bonheur (RCa de 3,8 à 5,3) que les personnes ayant fait état d'une capacité d'adaptation plus faible. De façon analogue, les personnes ayant déclaré avoir une capacité d'adaptation élevée avaient un score moyen de satisfaction à l'égard de la vie supérieur de 0,8 à 1,32 unités par rapport aux personnes ayant déclaré avoir une capacité d'adaptation moins élevée. Les différences concernant les estimations des effets de la SMP sont minimales entre les groupes d'âge. La différence de pourcentage entre les analyses non ajustées et les analyses ajustées était inférieure à 10 % pour les trois indicateurs de SMP.

Analyse

La capacité d'adaptation est un facteur déterminant de la SMP. Elle influe sur les réactions émotionnelles des personnes et sur leur capacité à gérer le stress dans des situations difficiles. Bien qu'il existe des données probantes sur la relation entre capacité d'adaptation et SMP^{23,24}, aucune étude n'a traité auparavant de cette association dans divers groupes d'âge et groupes sociodémographiques au Canada.

Prévalence d'une capacité d'adaptation élevée pour l'ensemble de la population et par groupe d'âge, en fonction des caractéristiques sociodémographiques

En ce qui concerne la capacité d'adaptation, la prévalence la plus élevée a été mesurée chez les aînés (65 ans et plus) et la plus faible chez les jeunes (12 à 17 ans) et les jeunes adultes (18 à 24 ans). L'une

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques de l'ensemble de la population, avec stratification par groupe d'âge, Canada (à l'exception des territoires), 2019

Caractéristiques sociodémographiques	Proportion (%) ^a					
	Ensemble de la population (N = 60 643)	12 à 17 ans (n = 3 609)	18 à 24 ans (n = 2 999)	25 à 44 ans (n = 13 572)	45 à 64 ans (n = 15 549)	65 ans et plus (n = 24 914)
Sexe						
Masculin	49,4	51,2	53,3	49,6	49,4	46,5
Féminin	50,6	48,8	46,7	50,4	50,6	53,5
Genre						
Masculin	49,4	51,3	53,0	49,6	49,4	46,4
Féminin	50,6	48,7	47,0	50,4	50,6	53,6
Quintile de suffisance de revenu du ménage						
Q1 (le moins élevé)	20,2	20,0	28,5	19,5	15,2	25,2
Q2	19,9	21,9	19,4	20,1	16,2	24,8
Q3	20,8	22,0	19,7	22,5	19,6	19,9
Q4	19,1	21,0	17,1	19,3	21,8	15,1
Q5 (le plus élevé)	20,0	15,1	15,3	18,5	27,3	15,1
Lieu de résidence						
Agglomération	82,8	81,4	86,7	86,3	80,8	78,9
Milieu rural	17,2	18,6	13,3	13,7	19,2	21,1
Immigrant						
Oui	27,8	15,4	23,6	31,7	27,4	28,6
Non	72,2	84,6	76,4	68,3	72,6	71,4
Origine ethnoculturelle						
Blanc	72,3	62,4	58,0	65,9	77,4	85,1
Asiatique du Sud	5,6	7,1	8,1	7,8	4,0	2,6
Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	8,5	11,7	13,9	9,8	7,0	5,0
Noir	3,5	5,8	5,7	4,4	2,9	1,4
Arabe ou Asiatique de l'Ouest	2,3	3,0 ^E	3,3 ^E	3,1	2,0	1,0 ^E
Latino-Américain	1,6	1,5 ^E	2,9 ^E	2,6	1,0	0,5 ^E
Autochtone	3,6	6,0	4,7	3,9	3,5	1,7

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle²⁹.

Abréviation : Q, quintile.

^a Toutes les estimations sont pondérées.

^E L'estimation doit être interprétée avec circonspection en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 15,1 % et 35 %).

des explications possibles est que le développement des capacités d'adaptation demande du temps. Le passage à l'âge adulte s'accompagne d'une grande incertitude : c'est à ce moment que l'on prend des décisions importantes pour ses études, son parcours professionnel, la fondation d'une famille, un déménagement, etc.³⁴. Ce sont ces obstacles qui contribuent à développer la capacité d'adaptation accrue que l'on observe chez les individus plus âgés.

Dans tous les groupes d'âge, à l'exception des 45 à 64 ans, les personnes de sexe ou

de genre masculin étaient plus nombreuses que les personnes de sexe ou de genre féminin à faire état d'une capacité d'adaptation élevée, cet écart étant le plus important chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans. D'après la littérature, par rapport aux personnes de sexe ou de genre masculin, les personnes de sexe ou de genre féminin ont tendance à éprouver davantage de stress chronique et de facteurs de stress de façon quotidienne, ce qui peut avoir une incidence négative sur leur sentiment de contrôle et sur leur capacité d'adaptation³⁵. Toutefois, il convient d'être prudent avant de tirer des conclusions

définitives, car ces résultats pourraient s'expliquer par des différences entre les sexes en matière d'évaluation du stress. En effet, les résultats d'une méta-analyse laissent entendre que, par rapport aux hommes, les femmes perçoivent généralement le stress comme étant plus grave³⁶. Étant donné que la mesure de la capacité d'adaptation utilisée dans cette étude est axée sur la capacité perçue à gérer le stress, les différences observées pourraient être attribuables à la façon dont les personnes de sexe ou de genre masculin et les personnes de sexe ou de genre féminin ont interprété la question plutôt qu'à

TABEAU 2
Capacité d'adaptation et indicateurs de SMP^a dans l'ensemble de la population, avec stratification par groupe d'âge, Canada (à l'exception des territoires), 2019

Capacité d'adaptation et indicateurs de la SMP	Ensemble de la population (N = 60 643)	12 à 17 ans (n = 3 609)	18 à 24 ans (n = 2 999)	25 à 44 ans (n = 13 572)	45 à 64 ans (n = 15 549)	65 ans et plus (n = 24 914)
Capacité d'adaptation, en % (IC à 95 %)						
Élevée	81,4 (80,9 à 82,0)	75,5 (73,4 à 77,5)	69,6 (66,9 à 72,3)	79,5 (78,5 à 80,6)	85,5 (84,6 à 86,4)	86,3 (85,5 à 87,1)
Faible	18,6 (18,0 à 19,1)	24,5 (22,5 à 26,6)	30,4 (27,7 à 33,1)	20,5 (19,4 à 21,5)	14,5 (13,6 à 15,4)	13,7 (12,9 à 14,5)
SMAE, en % (IC à 95 %)						
Élevée	67,1 (66,4 à 67,8)	72,4 (70,1 à 74,6)	55,6 (52,7 à 58,5)	64,4 (63,2 à 65,7)	69,8 (68,6 à 71,0)	71,2 (70,2 à 72,2)
Faible	32,9 (32,2 à 33,6)	27,6 (25,4 à 29,9)	44,4 (41,5 à 47,3)	35,6 (34,3 à 36,8)	30,2 (29,0 à 31,4)	28,8 (27,8 à 29,8)
Bonheur, en % (IC à 95 %)						
Élevé	75,5 (74,9 à 76,0)	75,6 (73,6 à 77,6)	66,7 (64,0 à 69,3)	74,7 (73,5 à 75,8)	77,5 (76,5 à 78,6)	77,8 (76,9 à 78,8)
Faible	24,5 (24,0 à 25,1)	24,4 (22,4 à 26,4)	33,3 (30,7 à 36,0)	25,3 (24,2 à 26,5)	22,5 (21,4 à 23,5)	22,2 (21,2 à 23,1)
Score moyen de la satisfaction à l'égard de la vie^b						
	8,1 (8,1 à 8,1)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,0 (7,9 à 8,0)	8,1 (8,1 à 8,2)	8,0 (8,0 à 8,1)	8,2 (8,1 à 8,2)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle²⁹.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; SMAE, santé mentale autoévaluée; SMP, santé mentale positive.

Remarque : En raison de l'arrondissement des données, il est possible que la somme de certains pourcentages ne corresponde pas au total exact.

^a Toutes les estimations sont pondérées.

^b La satisfaction à l'égard de la vie a été évaluée sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait).

de véritables différences en matière de capacité d'adaptation. Il serait intéressant d'approfondir cette question.

Chez les adultes de 25 ans et plus, la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée était significativement plus importante chez les répondants appartenant au quintile de suffisance du revenu du ménage le plus élevé. La capacité à adopter des stratégies d'adaptation efficaces et saines est liée au statut socio-économique, dans la mesure où celui-ci détermine les ressources disponibles et les attentes relativement au contrôle qu'une personne peut exercer lorsqu'elle est confrontée à des facteurs de stress de la vie quotidienne³⁷. Il convient de noter que nos résultats ne font état d'aucune différence statistiquement significative dans la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée entre les répondants appartenant au quintile de revenu du ménage le plus élevé et ceux appartenant aux quintiles les plus faibles dans les cohortes les plus jeunes (12 à 17 ans et 18 à 24 ans). Cela donne à penser que le revenu n'a pas autant d'influence sur la capacité d'adaptation des jeunes que sur celle des autres groupes d'âge. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs de stress associés au revenu et aux attentes connexes en matière de contrôle peuvent être perçus

différemment par les adolescents et les jeunes adultes³⁸.

Les adultes de 18 à 44 ans vivant en milieu rural étaient considérablement plus nombreux à déclarer avoir une capacité d'adaptation élevée que les adultes de 18 à 44 ans vivant dans une agglomération. Cela peut être dû à des différences dans le sentiment d'appartenance à la communauté, qui a une incidence considérable sur la santé mentale³⁹. Par exemple, en Ontario, les personnes vivant en milieu rural ont fait état d'un plus grand sentiment d'appartenance à la communauté que les personnes vivant dans une agglomération; le sentiment d'appartenance à la communauté est associé à une meilleure capacité d'adaptation et à une meilleure résilience à l'égard de circonstances défavorables⁴⁰. Cette observation concorde également avec les estimations nationales portant sur les inégalités quant au sentiment d'appartenance à la communauté¹⁰.

La capacité d'adaptation déclarée par les immigrants de 25 à 44 ans était plus élevée que celle déclarée par les non-immigrants du même âge, mais elle était plus faible chez les immigrants de 65 ans et plus que chez les non-immigrants du même âge. Ces résultats mitigés pourraient s'expliquer par le déclin de l'effet

de « l'immigrant en bonne santé » et la détérioration de la santé mentale des immigrants au fil du temps passé dans le pays de destination⁴¹. La prévalence accrue d'une capacité d'adaptation élevée chez les non-immigrants âgés par rapport aux immigrants âgés pourrait également s'expliquer par des facteurs de stress liés à la migration, comme l'isolement social, une maîtrise insuffisante de l'anglais ou du français et un accès limité à des soins de santé adaptés à la culture^{42,43}. À leur tour, ces facteurs peuvent faire en sorte que les immigrants plus âgés éprouvent davantage de difficultés à faire face aux changements d'ordre familial, sociétal ou personnel par rapport au contexte qui était le leur avant leur arrivée au pays⁴⁴.

Notre étude a révélé que chez les jeunes de 12 à 17 ans et chez les adultes de 25 à 44 ans s'identifiant comme autochtones, la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée était significativement moins élevée que chez ceux ne s'identifiant pas comme autochtones. Ces résultats sont corroborés par d'autres signes de divergence dans les indicateurs de la SMP⁴⁵. Ces écarts peuvent s'expliquer par le nombre disproportionné d'obstacles auxquels se heurtent les Autochtones qui cherchent à obtenir des soins de santé mentale⁴⁶, ce qui ne les aide pas à acquérir les outils et à recevoir

TABEAU 3
Estimations de la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée pour l'ensemble de la population et par groupe d'âge,
ventilées par caractéristique sociodémographique, Canada (à l'exception des territoires), 2019

Caractéristiques sociodémographiques	Proportion de répondants présentant une capacité d'adaptation élevée, en % (IC à 95 %) ^a					
	Ensemble de la population (N = 60 643)	12 à 17 ans (n = 3 609)	18 à 24 ans (n = 2 999)	25 à 44 ans (n = 13 572)	45 à 64 ans (n = 15 549)	65 ans et plus (n = 24 914)
Sexe						
Masculin (référence)	83,2 (82,4 à 84,0)	78,8 (75,9 à 81,8)	73,8 (70,0 à 77,6)	81,5 (80,0 à 83,1)	86,3 (85,1 à 87,5)	88,1 (87,0 à 89,2)
Féminin	79,7* (78,9 à 80,6)	72,0* (68,9 à 75,0)	64,9* (61,1 à 68,6)	77,6* (76,1 à 79,2)	84,7 (83,4 à 86,0)	84,8* (83,7 à 85,9)
Genre						
Masculin (référence)	83,2* (82,4 à 84,0)	78,7 (75,8 à 81,7)	74,0 (70,3 à 77,8)	81,5 (80,0 à 83,1)	86,3 (85,1 à 87,6)	88,1 (87,0 à 89,2)
Féminin	79,8* (79,0 à 80,6)	72,2* (69,2 à 75,2)	65,0* (61,2 à 68,8)	77,6* (76,1 à 79,2)	84,7 (83,4 à 86,0)	84,8* (83,7 à 85,9)
Quintile de suffisance du revenu						
Q1 (le moins élevé; référence)	76,6* (75,3 à 78,0)	74,8 (69,6 à 80,1)	68,3 (63,0 à 73,6)	75,0 (72,5 à 77,6)	78,3 (75,9 à 80,8)	82,5 (80,8 à 84,2)
Q2	80,5 (79,2 à 81,9)	74,9 (69,8 à 80,0)	67,9 (61,3 à 74,5)	80,7* (78,5 à 82,9)	83,0* (80,6 à 85,5)	84,6 (82,8 à 86,3)
Q3	82,4 (81,1 à 83,6)	75,3 (70,9 à 79,8)	68,3 (62,0 à 74,7)	80,7* (78,3 à 83,1)	86,9* (85,0 à 88,8)	88,2* (86,6 à 89,9)
Q4	83,2 (82,0 à 84,4)	76,6 (72,3 à 80,9)	69,9 (63,6 à 76,2)	80,9* (78,5 à 83,3)	87,4* (85,5 à 89,2)	89,4* (87,6 à 91,1)
Q5 (le plus élevé)	84,4* (83,2 à 85,5)	73,8 (68,4 à 79,3)	75,3 (69,9 à 80,6)	80,3* (77,8 à 82,7)	88,4* (86,8 à 89,9)	89,6* (87,7 à 91,4)
Lieu de résidence						
Agglomération	81,0* (80,4 à 81,7)	75,2 (72,7 à 77,6)	68,8* (65,8 à 71,7)	79,2* (78,0 à 80,3)	85,5 (84,5 à 86,6)	86,1 (85,2 à 87,1)
Milieu rural (référence)	83,3 (82,4 à 84,3)	76,9 (73,3 à 80,5)	74,9 (70,1 à 79,7)	81,9 (79,9 à 83,9)	85,3 (83,8 à 86,8)	86,8 (85,5 à 88,1)
Immigrant						
Oui (référence)	82,0 (80,7 à 83,3)	75,8 (69,1 à 82,4)	68,6 (62,6 à 74,6)	82,0 (80,0 à 84,1)	85,3 (83,3 à 87,4)	84,0 (82,0 à 86,1)
Non	81,2 (80,6 à 81,9)	75,7 (73,4 à 77,9)	70,0 (67,0 à 73,1)	78,4* (77,2 à 79,7)	85,5 (84,5 à 86,4)	87,2* (86,4 à 87,9)
Origine ethnoculturelle						
Blanc (référence)	82,4 (81,8 à 83,0)	74,8 (72,3 à 77,3)	71,4 (68,3 à 74,5)	79,6 (78,4 à 80,7)	85,8 (84,8 à 86,7)	87,0 (86,2 à 87,7)
Asiatique du Sud	81,1 (78,4 à 83,8)	84,5* (77,0 à 92,0)	69,1 (59,2 à 79,0)	81,4 (77,0 à 85,7)	87,1 (81,9 à 92,3)	80,6 (71,9 à 89,4)
Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	76,1* (73,3 à 78,9)	76,9 (70,2 à 83,6)	59,8* (50,5 à 69,1)	76,4 (71,6 à 81,1)	83,9 (79,7 à 88,1)	81,2* (75,1 à 87,2)
Noir	81,8 (78,2 à 85,4)	80,2 (70,5 à 90,0)	72,2 (60,5 à 83,9)	84,0 (78,8 à 89,1)	83,3 (75,4 à 91,1)	87,7 (79,1 à 96,4)
Arabe ou Asiatique de l'Ouest	80,0 (75,3 à 84,6)	68,6 (53,5 à 83,6)	70,8 (56,5 à 85,2)	83,0 (77,1 à 89,0)	87,2 (77,7 à 96,7)	68,6* (47,3 à 89,8)
Latino-Américain	81,5 (75,7 à 87,4)	86,4* (75,3 à 97,5)	60,9 (40,2 à 81,5) ^f	87,8 (81,5 à 94,2)	81,6 (70,1 à 93,1)	81,1 (60,2 à 100,0)
Autochtone	74,6* (71,8 à 77,3)	60,4* (52,0 à 68,9)	74,5 (66,2 à 82,9)	70,8* (65,8 à 75,8)	80,9* (76,8 à 85,0)	86,4 (82,4 à 90,3)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle²⁹.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Q, quintile.

^a Toutes les estimations sont pondérées.

^f Interpréter avec circonspection en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 15,1 % et 35 %).

* Différence statistiquement significative par rapport au groupe de référence, à $p < 0,05$.

le soutien dont ils ont besoin pour renforcer leur capacité d'adaptation. Ces obstacles systémiques sont enracinés dans la discontinuité culturelle, la discrimination et le cycle intergénérationnel des traumatismes découlant de la colonisation, qui continuent à affecter la capacité de guérison et d'adaptation des peuples autochtones^{47,48}. Ce qui était inattendu, c'est que cette divergence n'a pas été observée chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans ou chez les adultes de 45 ans ou plus. Il faudra mener d'autres études sur les facteurs de stress associés à l'âge pour comprendre toute la complexité de la capacité

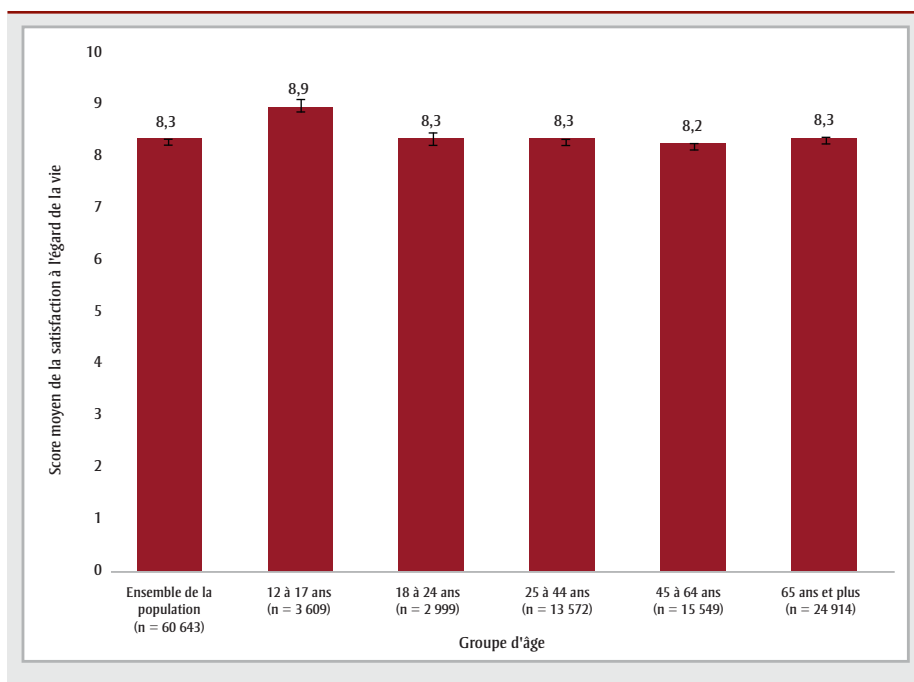
d'adaptation des jeunes et des adultes autochtones.

Il convient de noter que, au sein des populations racisées, ce n'est que chez les 25 à 44 ans qu'une différence a été observée en ce qui concerne la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée. Ce résultat pourrait être dû à l'hétérogénéité de l'échantillon et aux différences dans la façon dont les personnes d'origines ethnoculturelles diverses conçoivent la notion d'adaptation et les facteurs de stress quotidiens^{49,50}.

Prévalence des indicateurs de la SMP chez les répondants ayant une capacité d'adaptation élevée

Dans l'ensemble, les répondants ayant déclaré avoir une capacité d'adaptation élevée avaient également un niveau élevé de SMP. La prévalence d'un niveau élevé de SMAE et celle d'un score élevé de satisfaction moyenne à l'égard de la vie étaient plus fortes chez les jeunes de 12 à 17 ans, tandis que la prévalence d'un niveau élevé de bonheur était plus forte chez les adultes de 45 ans ou plus. Les jeunes adultes (18 à 24 ans) avaient la prévalence

FIGURE 1A
Estimation nationale et par groupe d'âge de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie^a
chez les personnes ayant une capacité d'adaptation élevée,
Canada (à l'exception des territoires), 2019



la plus faible en matière de niveau élevé de SMP et de niveau élevé de bonheur.

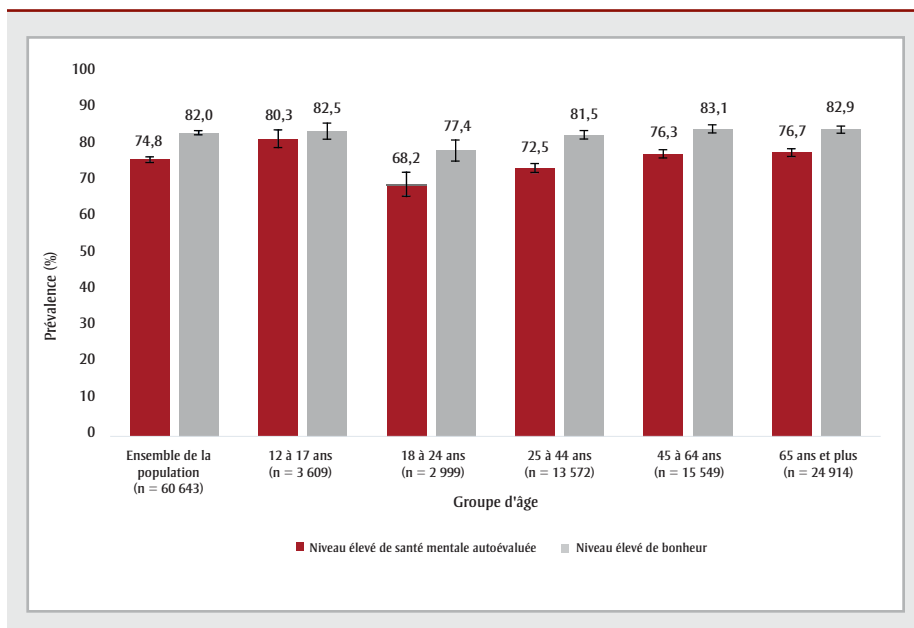
Ces résultats ne sont pas surprenants et concordent avec ceux du CISSMP¹⁰. Les variations dans la SMP entre les groupes d'âge pourraient en partie provenir de mécanismes d'adaptation distincts liés au stade de développement des individus qui tentent de résoudre les problèmes de leur vie quotidienne⁵¹. Par exemple, une étude de mesures « en rafale » menée auprès de participants de 20 à 79 ans a révélé que les aînés avaient tendance à percevoir certains événements comme moins désagréables ou graves que les adultes moins âgés. Nos conclusions corroborent la théorie de la sélectivité socioémotionnelle, selon laquelle les adultes plus âgés sont davantage enclins à rechercher des expériences positives et émotionnellement significatives et à utiliser des stratégies d'adaptation proactives pour réduire leur exposition à des facteurs de stress négatifs^{28,52}.

Il est important de prendre en compte les défis spécifiques associés au passage de l'adolescence à l'âge adulte, qui nécessitent des stratégies d'adaptation et des ressources à part. Les conclusions de cette étude pourraient favoriser l'adoption de stratégies de santé publique ciblées, notamment la diffusion de messages de santé publique et la mise au point de ressources sur la gestion du stress dans des contextes variés (p. ex. dans les établissements d'enseignement, dans les lieux de travail, à la maison) afin de favoriser l'adoption de mécanismes d'adaptation positifs aux différents stades de développement de l'individu⁵³.

Associations, en fonction du groupe d'âge, entre la capacité d'adaptation et trois mesures de la SMP

Nos résultats montrent qu'il existe, dans les cinq groupes d'âge, un lien étroit entre la capacité d'adaptation et les trois indicateurs de SMP. Nos résultats corroborent la théorie de l'élargissement et de la construction²⁰ et concordent avec les travaux de recherche transversale³ et longitudinale²⁴ menés antérieurement au Canada, qui ont révélé une association importante entre la capacité d'adaptation et la SMP. Étant donné qu'une baisse de la SMP a été observée à l'échelle de la population pendant la pandémie de COVID-19^{54,55}, il va être important de continuer à surveiller la

FIGURE 1B
Estimation nationale et par groupe d'âge d'un niveau élevé de SMAE
et d'un niveau élevé de bonheur chez les répondants ayant une capacité d'adaptation élevée,
Canada (à l'exception des territoires), 2019



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle²⁹.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; SMAE, santé mentale autoévaluée.

Remarques : Les barres d'erreur représentent les IC à 95 %. Les estimations de la prévalence de la santé mentale positive (élevée ou faible) atteignent 100 % chez les personnes ayant une capacité d'adaptation élevée.

^a La satisfaction à l'égard de la vie a été évaluée sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait).

TABEAU 4
Modèles de régression logistique et de régression linéaire de l'association entre une capacité d'adaptation élevée et les indicateurs de la SMP, par groupe d'âge, Canada (à l'exception des territoires), 2019

Groupe d'âge, en années	Niveau élevé de SMAE		Niveau élevé de bonheur		Score moyen de la satisfaction à l'égard de la vie	
	RC (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	β (IC à 95 %)	βa (IC à 95 %)
Ensemble de la population	5,71 (5,28 à 6,18)	5,54 (5,11 à 6,01)	4,72 (4,36 à 5,11)	4,57 (4,20 à 4,96)	1,16 (1,10 à 1,22)	1,16 (1,10 à 1,22)
12 à 17	4,43 (3,42 à 5,73)	4,23 (3,20 à 5,57)	3,79 (2,91 à 4,93)	3,80 (2,87 à 5,04)	0,87 (0,72 à 1,02)	0,85 (0,71 à 0,98)
18 à 24	5,82 (4,50 à 7,54)	5,99 (4,55 à 7,90)	4,27 (3,26 à 5,60)	4,60 (3,44 à 6,16)	1,07 (0,90 à 1,25)	1,06 (0,89 à 1,23)
25 à 44	5,22 (4,55 à 5,99)	5,09 (4,42 à 5,85)	4,67 (4,08 à 5,35)	4,61 (4,00 à 5,31)	1,10 (1,00 à 1,19)	1,06 (0,97 à 1,15)
45 à 64	6,58 (5,64 à 7,67)	6,54 (5,56 à 7,68)	5,46 (4,68 à 6,37)	5,29 (4,49 à 6,23)	1,36 (1,22 à 1,50)	1,28 (1,14 à 1,41)
65 et plus	5,58 (4,85 à 6,43)	5,39 (4,68 à 6,21)	3,93 (3,43 à 4,51)	3,93 (3,41 à 4,53)	1,37 (1,24 à 1,49)	1,32 (1,19 à 1,45)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle²⁹.

Abréviations : β, coefficient bêta; βa, coefficient bêta ajusté; IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes; RCa, rapport de cotes ajusté; SMAE, santé mentale autoévaluée; SMP, santé mentale positive.

Remarques : Le groupe de référence est composé des répondants ayant déclaré avoir une faible capacité d'adaptation. Toutes les associations sont statistiquement significatives à $p < 0,05$. Les covariables ajustées sont le sexe, le groupe d'âge (uniquement pour l'ensemble de la population), le quintile de suffisance de revenu du ménage, le lieu de résidence, le statut vis-à-vis de l'immigration et l'origine ethnoculturelle.

capacité d'adaptation pour vérifier si elle demeure affectée.

Points forts et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude à présenter des estimations de la prévalence de la capacité d'adaptation en fonction de l'âge tout en tenant compte de variables sociodémographiques et il s'agit également de la première étude à porter sur les liens entre la capacité d'adaptation et la santé mentale positive en fonction de l'âge. Ce type de stratification nous a permis de déceler des similitudes et des différences entre les groupes, ce qui n'aurait pas été possible si l'on avait simplement analysé l'échantillon de façon globale. Les données de l'enquête ayant été recueillies sur une période de 12 mois, la saisonnalité n'est pas une source de préoccupation en ce qui concerne d'éventuels effets sur les réponses des participants.

La capacité d'adaptation est un concept complexe qui englobe un large éventail de comportements et de stratégies (adaptation active, désengagement, adaptation par la retenue, adaptation centrée sur les émotions, etc.)⁵⁶. La mesure de la capacité d'adaptation utilisée dans cette étude était générale et ne permettait pas de saisir ces nuances. Afin d'établir une distinction plus précise entre les différents comportements et stratégies d'adaptation, les études à venir pourraient reproduire cette analyse en faisant appel à des échelles

d'adaptation plus détaillées, comme l'échelle Ways of Coping^{30,31}.

En raison de la nature transversale du processus de collecte des données, on ne peut établir de causalité et de temporalité entre les variables. Le taux de réponse à l'ESCC de 2019 n'était que de 54,4 %, ce qui augmente la probabilité d'un biais d'échantillonnage. Il est possible que certaines populations (comme les personnes ayant un trouble mental) aient été moins enclines à participer. En outre, il est probable que les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui n'ont pas participé à l'enquête diffèrent de celles des personnes qui y ont participé, entraînant un biais de non-réponse. Bien que nous ayons tenté d'y remédier en recourant à la pondération, il s'agit d'une limite importante qu'il convient de noter. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages, le risque de biais de non-réponse est plus élevé chez les immigrants, chez les Autochtones, chez certains groupes racisés et chez les personnes ayant certains niveaux de scolarité (les indicateurs de biais de non-réponse se situent entre -3,4 et +7,3 chez ces groupes)⁵⁷. Bien que nous n'ayons pas pu trouver d'estimation d'indicateur de biais de non-réponse pour l'ESCC, nous nous attendons à ce qu'elle soit similaire, dans la mesure où la méthodologie utilisée est analogue.

Il pourrait également y avoir des différences méthodologiques dans la manière dont les membres des différents groupes d'âge interprètent les mesures de la

capacité d'adaptation et de la SMP et y réagissent. Comme nous n'avons pas effectué d'analyses d'invariance des mesures entre les groupes d'âge, il convient d'interpréter nos résultats avec circonspection. Par ailleurs, il est à noter que l'échantillon et les résultats de l'étude ne tiennent pas compte des personnes vivant dans un territoire, dans une réserve ou une autre communauté autochtone. De plus, l'enquête était accessible uniquement aux répondants parlant le français ou l'anglais, ce qui limite la représentativité de certaines populations. Enfin, toutes les données utilisées dans l'analyse sont autodéclarées, et donc sujettes à un biais de désirabilité sociale.

Conclusion

Cette étude révèle que, selon le groupe d'âge, la prévalence d'une capacité d'adaptation élevée varie en fonction du sexe, du genre, du revenu, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'origine ethnoculturelle. En outre, la présence d'une capacité d'adaptation élevée augmente considérablement la probabilité de faire état d'un niveau élevé de SMAE, d'un niveau élevé de bonheur et d'une satisfaction plus grande à l'égard de la vie, et ce, pour tous les groupes d'âge. Ces résultats comblent une lacune dans les données dont on dispose actuellement en matière de surveillance en santé publique : ils apportent un soutien empirique à l'existence d'un lien entre un déterminant à l'échelle individuelle (la capacité d'adaptation) et la SMP, ce qui

s'avère très utile pour les décideurs politiques qui cherchent à favoriser le bien-être mental des Canadiens. Notre étude n'ayant pas porté sur des indicateurs du bien-être psychologique ou social, nous encourageons les chercheurs à poursuivre l'étude de la relation entre la capacité d'adaptation et les autres indicateurs d'une SMP chez les enfants, les adolescents et les adultes.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier Natalie Gabora (Agence de la santé publique du Canada) pour la relecture du manuscrit. Nous tenons également à remercier tous les participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Financement

Aucun.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteures et avis

MJ : analyse formelle, méthodologie, administration du projet, conception des figures et tableaux, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

LLO : conceptualisation, méthodologie, relectures et révisions.

KCR : relectures et révisions.

MV : conceptualisation, analyse formelle, méthodologie, validation, administration du projet, relectures et révisions.

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

Références

- Agence de la santé publique du Canada. Promotion de la santé mentale : Promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir le meilleur de nous même [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2014 [consultation le 16 juin 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-mentale-et-bien-etre/promotion-sante-mentale.html>
- Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. [Internet]. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. En ligne à : https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
- Orpana H, Vachon J, Pearson C, Elliott K, Smith M, Branchard B. Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016; 36(12):336-348. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.12.04f>
- McAlpine DD, McCreedy E, Alang S. The meaning and predictive value of self-rated mental health among persons with a mental health problem. J Health Soc Behav. 2018;59(2):200-214. <https://doi.org/10.1177/0022146518755485>
- Schotanus-Dijkstra M, Ten Have M, Lamers SM, de Graaf R, Bohlmeijer ET. The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. Eur J Public Health. 2017;27(3):563-568. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw202>
- Teismann T, Brailovskaia J, Totzeck C, Wannemüller A, Margraf J. Predictors of remission from panic disorder, agoraphobia and specific phobia in outpatients receiving exposure therapy: the importance of positive mental health. Behav Res Ther. 2018; 108:40-44. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.006>
- Lukat J, Becker ES, Lavalley KL, van Der Veld WM, Margraf J. Predictors of incidence, remission and relapse of axis I mental disorders in young women: a transdiagnostic approach. Clin Psychol Psychother. 2017;24(2):322-331. <https://doi.org/10.1002/cpp.2026>
- Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. Appl Psychol Health Well Being. 2011; 3(1):1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- 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>
- Agence de la santé publique du Canada. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022 [modification le 21 mars 2023; consultation le 16 juin 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/Index>
- Hajo S, Capaldi CA, Liu L. Disparités dans la santé mentale positive des adultes faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2024; 44(5):219-231. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.5.01f>
- Varin M, Palladino E, Orpana HM, Wong SL, Gheorghe M, Lary T, et al. Prevalence of positive mental health and associated factors among postpartum women in Canada: findings from a National Cross-Sectional Survey. Matern Child Health J. 2020;24(6): 759-767. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02920-8>
- Ooi LL, Liu L, Roberts KC, Gariépy G, Capaldi CA. Isolement social, solitude et santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023; 43(4): 188-200. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.02f>
- Shiraz M, Capaldi CA, Ooi LL, Roberts KC. Obstacles en matière de soins de santé et santé mentale perçue chez les adultes au Canada pendant la pandémie de COVID-19 : étude transversale fondée sur la population. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2024; 44(1):23-36. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.1.03f>

15. Clayborne ZM, Dopko RL, Wang C, Betancourt MT, Roberts KC, Capaldi CA. Associations entre durée et qualité du sommeil et indicateurs de santé mentale chez les jeunes et les adultes : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023; 43(5): 270-288. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.5.04f>
16. Capaldi CA, Varin M, Dopko RL. Facteurs déterminants du bien-être psychologique et social chez les jeunes au Canada : étude des associations avec les facteurs sociodémographiques, le contexte psychosocial et la consommation de substances. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021; 41(2):41-50. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.2.02f>
17. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*. 2004;55(1):745-774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
18. Iwasaki Y. Coping, an overview. Dans : Michalos AC, dir. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht (NL) : Springer Netherlands; 2014 [consultation le 16 juin 2023]. p. 1292-1295. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_576
19. Carroll L. Active coping. Dans : Gellman MD, Turner JR, dir. *Encyclopedia of behavioral medicine* [Internet]. New York (NY) : Springer Nature; 2013. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1085
20. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol*. 2001;56(3): 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
21. Tugade MM, Fredrickson BL, Barrett LF. Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J Pers*. 2004; 72(6):1161-1190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x>
22. Gilchrist JD, Gohari MR, Benson L, Patte KA, Leatherdale ST. Les associations réciproques entre émotions positives et résilience prédisent l'épanouissement chez les adolescents. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023; 43(7):347-355. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.7.01f>
23. Meng X, D'Arcy C. Coping strategies and distress reduction in psychological well-being? A structural equation modelling analysis using a national population sample. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(4):370-383. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000505>
24. Su Y, D'Arcy C, Meng X. Social support and positive coping skills as mediators buffering the impact of childhood maltreatment on psychological distress and positive mental health in adulthood: analysis of a national population-based sample. *Am J Epidemiol*. 2020;189(5):394-402. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz275>
25. Moulin F, Keyes C, Liu A, Caron J. Correlates and predictors of well-being in Montreal. *Community Ment Health J*. 2017;53(5):560-567. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0080-4>
26. Wang J, Keown LA, Patten SB, Williams JA, Currie SR, Beck CA, et al. A population-based study on ways of dealing with daily stress: comparisons among individuals with mental disorders, with long-term general medical conditions and healthy people. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(8): 666-674. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0482-2>
27. Riazi NA, Battista K, Duncan MJ, Wade TJ, Pickett W, Ferro MA, et al. Stronger together: coping behaviours and mental health changes of Canadian adolescents in early phases of the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2023;23(1):319. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15249-y>
28. Neubauer AB, Smyth JM, Sliwinski MJ. Age differences in proactive coping with minor hassles in daily life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2019; 74(1):7-16. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby061>
29. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 1^{er} nov. 2023]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
30. Lee JE, Silins S, Frank C. Structure factorielle d'une mesure de l'adaptation dans l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes de 2013. *Rapports sur la santé*. 2019; 30(5):26-32. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900500003-fra>
31. Statistiques Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 1.2 Santé mentale et bien-être Guide du fichier de micro-données à grande diffusion [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2002. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_DLI_D1_T22_V2-fra.pdf
32. Instituts de recherche en santé du Canada. Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? [Internet]. Ottawa (Ont.) : IRSC; 2023 [consultation le 1^{er} nov. 2023]. En ligne à : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>
33. *Loi sur l'équité en matière d'emploi* (L.C. 1995, ch. 44) [Internet]. Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada; 1995 [modification le 10 déc. 2024; consultation le 3 janv. 2025]. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/e-5.401/page-1.html>
34. Garriguet D. La santé des jeunes au Canada. Dans : *Portrait des jeunes au Canada : Rapport statistique* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 28 juill. 2023]. N° 42-28-0001 au catalogue de Statistique Canada. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/42-28-0001/2021001/article/00001-fra.htm#a4>
35. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ Dif*. 2004;37(7):1401-1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
36. Tamres LK, Janicki D, Helgeson VS. Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Pers Soc Psychol Rev*. 2002;6(1):2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1

37. Glasscock DJ, Andersen JH, Labriola M, Rasmussen K, Hansen CD. Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):532. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-532>
38. Statistique Canada. Caractéristiques de la santé mentale : Capacité à gérer le stress et les sources de stress [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 28 juill. 2023]. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080201&request_locale=fr
39. Kitchen P, Williams A, Chowhan J. Sense of community belonging and health in Canada: a regional analysis. *Soc Indic Res*. 2012;107(1):103-126. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9830-9>
40. Smale B, Holliday, C. A profile of wellbeing in rural Ontario [Internet]. Canadian Index of Wellbeing and the University of Waterloo; 2020. En ligne à : https://www.rurallontarioinstitute.ca/uploads/userfiles/files/RuralOntarioReport-CIW-ACCESSIBLE_FINAL.pdf
41. Elshahat S, Moffat T, Newbold KB. Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: a systematic critical review. *J Immigr Minor Health*. 2022;24(6):1564-1579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
42. Hawkins MM, Holliday DD, Weinhardt LS, Florsheim P, Ngui E, AbuZahra T. Barriers and facilitators of health among older adult immigrants in the United States: an integrative review of 20 years of literature. *BMC Public Health*. 2022;22(1):755. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13042-x>
43. Emploi et Développement social Canada. Isolement social des aînés : un regard sur les nouveaux immigrants et réfugiés aînés au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2015 [consultation le 28 juill. 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/forum-federal-provincial-territoriales/isolement-social-immigrants-refugies.html>
44. Ganesan S. Ethnocultural elders and mental health. *Visions Journal: Older Adult Immigrants and Refugees* [Internet]. 2010;6(3). En ligne à : <https://www.heretohelp.bc.ca/visions/older-adult-immigrants-and-refugees-vol6>
45. Agence de la santé publique du Canada. Données des inégalités en santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 28 juill. 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-santeoutil-de-donnees/?Edi=2022&Geo=00&Cat=13&Ind=308&Lif=1&Strat=52&MS=95>
46. American Psychiatric Association. Indigenous populations face unique barriers to accessing mental health help [Internet]. Washington (DC) : APA; 2022 [consultation le 28 juill. 2023]. En ligne à : <https://www.psychiatry.org/News-room/APA-Blogs/Indigenous-Populations-Barriers-to-Help>
47. Haskell L, Randall M. Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal peoples in Canada. *J Aborig Health*. 2009;5(3):48-99.
48. Kirmayer LJ, Mary Ellen Macdonald, Brass GM, editors. The mental health of Indigenous Peoples [Internet]. Proceedings of the Advanced Study Institute, McGill Summer Program in Social & Cultural Psychiatry and the Aboriginal Mental Health Research Team; 29-31 mai 2000; Montréal, QC. Montréal (QC) : McGill University; 2000. En ligne à : <https://www.mcgill.ca/tcpsych/files/tcpsych/Report10.pdf>
49. Ezzedine L, Poyrazli S. Perceived ethnic discrimination, race-related stress, and coping styles. *Int J Educ Res Open*. 2020;1:100017. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2020.100017>
50. Kareff SA, Ogden ML. Race, discrimination, and coping methods in North America. *Semantic Scholar* [Internet]; 2013 [consultation le 28 juill. 2023]. ID 14622179. En ligne à : <https://www.semanticscholar.org/paper/Race%2C-Discrimination%2C-and-Coping-Methods-in-North-Kareff-Ogden/9bfe525e80f58cbbae560f52b60ac9a018e667af>
51. Blanchard-Fields F. Everyday problem solving and emotion: an adult developmental perspective. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007;16(1):26-31. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.0046>
52. Charles ST. Strength and vulnerability integration: a model of emotional well-being across adulthood. *Psychol Bull*. 2010;136(6):1068-1091. <https://doi.org/10.1037/a0021232>
53. Aldwin CM, Lee H, Choun S, Kang S. Coping. Dans : Revenson TA, Gurung RA, dir. *Handbook of health psychology*. 1^{re} éd. New York (NY) : Routledge; 2018.
54. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021; 41(11):394-414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
55. Capaldi CA, Liu L, Ooi LL, Roberts KC. Santé mentale autoévaluée, sentiment d'appartenance à la communauté, satisfaction à l'égard de la vie et changement perçu en matière de santé mentale chez les adultes pendant la deuxième et la troisième vagues de la pandémie de COVID-19 au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022; 42(5):247-255. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.5.05f>
56. Kato T. Frequently used coping scales: a meta-analysis. *Stress Health*. 2015; 31(4):315-323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>

-
57. Statistique Canada. 5. Indicateurs du biais de non-réponse de l'Enquête nationale auprès des ménages [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modification le 31 déc. 2015; consultation le 1^{er} nov. 2024]. En ligne à : https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/reports-rapports/sw-ep/ch5-fra.cfm#E_2