

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 45 • numéro 5 • mai 2025

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

- 245** Prévalence et moment de la survenue des maladies chroniques chez les aînés atteints de démence : étude de cohorte en population générale menée dans plusieurs provinces
- 262** 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

Aperçu

- 275** Incidence du transport actif sur les niveaux d'activité physique de la population
- 282** Les aidants principaux des personnes avec des incapacités ou des troubles du développement au Canada : faits saillants de l'Enquête sociale générale – Les soins donnés et reçus de 2018

Annonce

- 291** 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

Marnie Johnstone, B. Sc. spécialisé
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Justin J. Lang, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef délégué

Avirop Biswas, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

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

Neeru Gupta, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Rod Knight, 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

Arne Stinchcombe, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Abhinand Thai, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

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

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

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

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

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

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

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

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

Dawn Slawecki, B.A.
Révisseur 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

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>

Recherche quantitative originale

Prévalence et moment de la survenue des maladies chroniques chez les aînés atteints de démence : étude de cohorte en population générale menée dans plusieurs provinces

Susan E. Bronskill, Ph. D. (1, 2, 3); Azmina Artani, M. Sc. (1); Laura C. MacLagan, M. Sc. (1); Xuesong Wang, M. Sc. (1); Hannah Chung, M.S.P. (1); J. Michael Paterson, M. Sc. (1, 2); Andrea Gruneir, Ph. D. (4); Karen A. Phillips, Ph. D. (5); Rasdaq Ojasanya, M. Sc. (5); Xibiao Ye, Ph. D. (6, 7); Kayla McLean, Ph. D. (6); Fernanda Ewerling, Ph. D. (6); Claire Godard-Sebillotte, M.D., Ph. D. (8); Victoria Massamba, M.S.P. (9); Louis Rochette, M. Sc. (9); Isabelle Vedel, M.D., Ph. D. (9, 10); Larry Shaver, M.S.P. (11); Catherine Pelletier, M. Sc. (11); Colleen J. Maxwell, Ph. D. (1, 12)

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

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

Résumé

Introduction. La présence de maladies chroniques en comorbidité contribue à une plus forte utilisation des services de santé et à des résultats de santé défavorables chez les personnes atteintes de démence, mais on en sait peu sur la prévalence de ces maladies au sein de cette population.

Méthodologie. À l'aide de données administratives jumelées provenant de la Colombie-Britannique (C.-B.), de l'Ontario (Ont.), du Québec (Qc) et de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), nous avons constitué en avril 2015 une cohorte de 287 453 personnes de 65 ans et plus atteintes de démence, et nous avons suivi cette cohorte jusqu'en mars 2020. Nous avons établi la prévalence de maladies chroniques comorbides et les dates d'identification de la démence en nous appuyant sur les définitions du Système canadien de surveillance des maladies chroniques et nous avons eu recours à des statistiques descriptives pour comparer les tendances entre les provinces.

Résultats. Les caractéristiques sociodémographiques se sont révélées similaires d'une province à l'autre (âge moyen : 83,0 [Î.-P.-É.] à 84,3 [C.-B.] ans; sexe féminin : 61,8 % [C.-B.] à 66,2 % [Qc]; résidence dans un établissement de soins de longue durée : 39,5 % [Qc] à 41,6 % [C.-B.]). Chez les personnes atteintes de démence, la présence de cinq maladies ou plus en comorbidité était courante (38,8 % [Î.-P.-É.] à 53,5 % [Ont.]), les plus fréquentes étant l'hypertension (76,4 % [Î.-P.-É.] à 81,4 % [Ont.]), les troubles mentaux et les troubles causés par l'alcool et les drogues (44,4 % [Qc] à 91,2 % [C.-B.]) et l'arthrose (43,8 % [Î.-P.-É.] à 60,4 % [Ont.]). L'hypertension, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux étaient fréquemment présents avant l'identification de la démence, tandis que l'insuffisance cardiaque et les traumatismes crâniens étaient présents presque aussi souvent après qu'avant l'identification de la démence.

Suite du résumé à la page suivante



Points saillants

- Entre le tiers et la moitié des personnes vivant avec la démence (de 38,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 53,5 % en Ontario) avaient également cinq maladies chroniques comorbides ou plus.
- Les principales maladies chroniques comorbides étaient l'hypertension (de 76,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 81,4 % en Ontario), les troubles mentaux et les troubles causés par l'alcool et les drogues (de 44,4 % au Québec à 91,2 % en Colombie-Britannique) et l'arthrose (de 43,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 60,4 % en Ontario).

Suite des points saillants à la page suivante

Rattachement des auteurs :

- ICES, Toronto (Ontario), Canada
- Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- Institut de recherche Sunnybrook, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, Toronto (Ontario), Canada
- Département de médecine familiale, Faculté de médecine et de dentisterie, Collège des sciences de la santé, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
- Bureau du médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé et du Mieux-être, gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), Canada
- Bureau de la médecin hygiéniste provinciale, ministère de la Santé, gouvernement de la Colombie-Britannique, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
- École des sciences de l'information sur la santé, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
- Division de médecine gériatrique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
- Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, Québec (Québec), Canada
- Département de médecine de famille, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
- 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
- École de pharmacie et École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada

Correspondance : Susan Bronskill, ICES V1 06, 2075, avenue Bayview, Toronto (Ontario) M4N 3M5; tél. : 437-317-8878; courriel : susan.bronskill@ices.on.ca

Conclusion. Les tendances relatives aux maladies chroniques comorbides étaient similaires d'une province à l'autre, la plupart des maladies étant présentes avant l'identification de la démence. Pour répondre aux besoins complexes en matière de soins de santé des personnes vivant avec la démence, il faudrait élaborer des stratégies de planification des services de santé et les diffuser dans toutes les provinces.

Mots-clés : *démence, maladie chronique, comorbidité, épidémiologie, hypertension, maladie mentale, arthrose, pancanadien*

Introduction

La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées (désignées par le terme « démence » dans cet article) sont des troubles neurodégénératifs progressifs qui touchaient 6,4 % des Canadiens et Canadiennes de 65 ans et plus au cours de l'exercice 2020-2021¹. La prévalence de la démence est en hausse au Canada, en partie parce que les gens vivent plus longtemps, et le nombre de personnes atteintes de démence devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre 1,3 million au Canada et 153 millions dans le monde². Par ailleurs, le lourd fardeau des symptômes cognitifs et comportementaux qui accompagnent souvent la démence représente une source de stress pour les personnes aux prises avec la maladie et pour les proches qui prennent soin d'elles³. Selon les prévisions, les coûts directs des soins de santé prodigués aux personnes vivant avec la démence au Canada devraient grimper à 18,2 milliards de dollars canadiens d'ici 2031⁴.

Étant donné que le nombre de maladies chroniques augmente avec l'âge et que certaines maladies (comme le diabète et l'hypertension) sont des facteurs de risque modifiables de la démence, il n'est pas rare que les personnes atteintes de démence présentent une comorbidité⁵. La comorbidité peut exacerber le déclin fonctionnel⁵, conduire à une augmentation importante de l'utilisation des services de santé, à une fragmentation des soins et à des résultats de santé défavorables⁶. Pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence, il est nécessaire d'adopter une approche interdisciplinaire intégrée de la prise en charge des maladies chroniques comorbides⁷.

Au Canada, la santé publique est axée sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, l'intervention en cas de menaces pour la santé publique et la fourniture d'information à l'appui de la prise de décisions. Le Canada a publié sa première stratégie nationale sur la

démence en 2019⁸. L'un des objectifs de cette stratégie est la prévention, qui s'appuie sur une surveillance et sur des données permettant de dresser un tableau plus précis des répercussions de la démence au Canada et de veiller à ce que les efforts de prévention soient bien ciblés⁸. La surveillance suppose entre autres d'assurer le suivi des facteurs de risque et de protection modifiables ainsi que de combler les lacunes dans les données probantes⁸.

Établir la prévalence des maladies chroniques comorbides et le moment de leur survenue par rapport à l'identification de la démence va pouvoir aider les décideurs à comprendre la complexité des soins requis afin qu'ils puissent bien planifier les services et veiller à ce que le personnel de soins de santé compétent soit disponible et afin d'offrir aux fournisseurs de soins de santé la formation nécessaire sur la prise en charge de la comorbidité^{9,10}. Dans un contexte où on dispose de peu d'information sur la prévalence des maladies chroniques chez les personnes atteintes de démence au Canada, notre objectif est de présenter la prévalence des maladies chroniques comorbides chez les aînés vivant avec la démence dans quatre provinces canadiennes et de déterminer le moment de la survenue de ces maladies par rapport à l'identification de la démence.

Méthodologie

Plan d'étude et sources des données

Nous avons mené une série d'études de cohorte rétrospective en population générale auprès d'adultes de 65 ans et plus vivant dans les provinces de la Colombie-Britannique (C.-B.), de l'Ontario (Ont.), du Québec (Qc) et de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.). Ces quatre provinces, qui comptent pour plus de 75 % de la population canadienne¹¹, ont participé à une initiative dirigée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dont le but était de rendre compte de la prévalence des maladies chroniques comorbides chez les personnes

- La plupart des maladies chroniques, en particulier l'hypertension, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux, étaient présentes avant l'identification de la démence.
- Un petit nombre de maladies chroniques, comme l'insuffisance cardiaque et les traumatismes crâniens, étaient autant présentes avant qu'après l'identification de la démence.

atteintes de démence. Nous avons utilisé les bases de données administratives sur la santé disponibles dans chaque province pour constituer et caractériser les différentes cohortes et pour étudier les maladies chroniques. Ces bases de données comprenaient les registres provinciaux d'assurance-maladie, la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les fichiers de facturation des médecins et les bases de données sur les ordonnances de médicaments (tableau 1). La disponibilité des bases de données était variable d'une province à l'autre, et certaines analyses sont fondées sur des ensembles de données relatifs à une seule province, par exemple le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

Population à l'étude

Nous avons recensé tous les adultes de 65 ans et plus atteints de démence au 1^{er} avril 2015 (soit la date index) à l'aide de l'algorithme d'identification des cas de démence du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)¹², ce dernier ayant été adapté d'un algorithme précédemment validé en Ontario¹³. La définition de la démence utilisée par l'algorithme est la suivante : au moins un dossier de sortie d'hôpital (dossier qui est produit chaque fois qu'un patient obtient son congé ou un transfert d'un établissement de soins de santé, quitte un établissement de soins de santé contre avis médical ou décès); au moins trois diagnostics de démence consignés au fichier de facturation des médecins dans les deux ans (avec un intervalle d'au moins trente jours entre chaque diagnostic); ou au moins une prescription d'inhibiteur de la cholinestérase. Chez les aînés, l'algorithme a une sensibilité de 79,3 % et une spécificité de 99,1 % en comparaison des dossiers des médecins de famille¹³. La

TABLEAU 1
Synthèse des bases de données administratives sur la santé disponibles par province, Canada

Base de données	Caractéristiques utilisées dans cette étude	Disponibilité par province			
		C.-B.	Ont.	Qc	Î.-P.-É.
Registre provincial d'assurance-maladie	<ul style="list-style-type: none"> Âge Sexe Code postal (pour obtenir la taille de la localité, le quintile de revenu du quartier et d'autres mesures spatialisées, lorsque l'information a pu être recueillie par jumelage aux données du recensement à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada) 	✓	✓	✓	✓
Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisations pour soins de courte durée dans l'année précédant la date index Maladies chroniques 	✓	✓	✓	✓
Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)	Utilisation des services de santé en milieu hospitalier pour une maladie mentale	n.d.	✓	n.d.	n.d.
Fichiers de facturation des médecins	<ul style="list-style-type: none"> Consultations externes auprès d'un médecin de famille, d'un spécialiste de la démence ou d'un autre spécialiste dans l'année précédant la date index Maladies chroniques 	✓	✓	✓	✓
Ordonnances de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Maladies chroniques Remarque : Information généralement disponible pour les personnes de 65 ans et plus et pour certaines autres populations, par exemple les résidents de centres de soins de longue durée, les bénéficiaires de l'aide sociale ou les personnes qui n'ont pas de régime privé d'assurance-médicaments (Qc).	✓	✓	✓	✓
Système d'information sur les soins de longue durée – Soins de longue durée en établissement	Résidence dans un centre de soins de longue durée à la date index	✓	✓	✓ n.d. ^a	n.d.
Indice canadien de défavorisation multiple (ICDM)	Quintiles de vulnérabilité situationnelle et de dépendance économique	✓	n.d.	n.d.	n.d.
Indice de marginalisation ontarien (ON-Marg)	Quintiles de vulnérabilité situationnelle et de dépendance économique	n.d.	✓	n.d.	n.d.
Indice de défavorisation matérielle et sociale de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	Quintiles de vulnérabilité situationnelle et de dépendance économique	n.d.	n.d.	✓	✓

Abbreviations : C.-B., Colombie-Britannique; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; n.d., non disponible; Ont., Ontario; Qc, Québec.

^a Les données ont été extraites d'autres bases de données administratives sur la santé à l'aide d'un algorithme validé.

date d'identification de la démence chez une personne correspond à la première date à laquelle celle-ci répond à l'un des critères employés par l'algorithme.

Nous avons choisi une période de suivi qui exclut la période de la pandémie de COVID-19 en raison des changements survenus dans l'utilisation du système de santé et la disponibilité des services de santé.

Maladies chroniques

À l'aide des algorithmes du SCSMC qui reposent sur les dossiers de congé des hôpitaux, les fichiers de facturation des médecins et les ordonnances de médicaments, nous avons recensé 15 maladies chroniques comorbides (voir le tableau 2 pour la liste des maladies et les définitions

connexes)¹². Nous avons sélectionné les maladies qui, selon le rapport de la commission Lancet sur la prévention, l'intervention et les soins liés à la démence¹⁴, constituent des facteurs de risque modifiables de la démence et nous avons également fondé notre sélection sur une étude menée en 2017 dans laquelle l'équipe de recherche a eu recours aux données du SCSMC pour étudier la multimorbidité¹⁵ et reposant sur les liens entre les maladies et l'âge¹⁶. Nous avons inclus dans la liste des maladies chroniques comorbides les traumatismes crâniens à la lumière d'une définition tirée de la littérature¹⁷⁻¹⁹, mais dans la mesure où les provinces participantes ne disposaient pas toutes de données sur les consultations à l'urgence, l'identification de ces cas s'est appuyée uniquement sur les dossiers d'hôpitaux.

La période rétrospective d'identification des cas, définie par la disponibilité des données dans chaque province et les définitions de cas du SCSMC¹², est d'une vingtaine d'années pour toutes les maladies, sauf pour les troubles mentaux et les troubles causés par l'alcool et les drogues, dont la période rétrospective est de dix ans. Les individus ont été suivis jusqu'au 31 mars 2020 pour vérifier l'évolution des maladies chroniques et certains ont donc été retirés en fonction de leur date de décès durant cette période afin de garantir un suivi minimal de cinq ans après la date index de l'étude (1^{er} avril 2015). La durée inégale des périodes rétrospectives et de suivi tient compte de l'évolution naturelle de la démence, qui est généralement identifiée plus tard dans la vie. Pour chaque maladie, la date d'identification du cas correspond à la date à laquelle la personne

TABEAU 2
Algorithmes d'identification des cas de maladies chroniques fondés sur les définitions du SCSMC

Maladie chronique	Définition de cas	Date d'identification du cas	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Codes de facturation des médecins
Démence	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 3 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période de 2 ans, avec un intervalle d'au moins 30 jours entre chaque diagnostic, ou ≥ 1 prescription d'inhibiteur de la cholinestérase	Dossier de sortie des hôpitaux, dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins ou date de la prescription du médicament (selon la première éventualité)	046.1, 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 294.1, 294.2, 331.0, 331.1, 331.5 (ou 331.82 dans la CIM-9-MC)	G30, F00, F01, F02, F03	290, 331
Insuffisance cardiaque	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période d'un an	Dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	428	I50	428
Hypertension (excluant l'hypertension gestationnelle)	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période de 2 ans	Dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	401, 402, 403, 404, 405	I10, I11, I12, I13, I15	401, 402, 403, 404, 405
Cardiopathie ischémique	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou code d'intervention, ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période d'un an	Dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	410, 411, 412, 413, 414 ^a	I20, I21, I22, I23, I24, I25 ^a	410, 411, 412, 413, 414
Diabète (excluant le diabète gestationnel)	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période de 2 ans	Dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	250	E10, E11, E12, E13, E14	250
AVC	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période d'un an	Dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	325, 362.3x, 430, 431, 432.9, 433.x1, 434 (ou 434.x1), 435.x, 436, 437.6 ^b	G08, G45.x (excluant le code G45.4), H34.0, H34.1, I60.x, I61.x, I62.9, I63.x, I64, I67.6	325, 430, 431, 432.9, 434, 435, 436, 437.6
Traumatisme crânien ^c	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux	Date du congé de l'hôpital ou date d'inscription à l'urgence (selon la première éventualité)	310.2, 800.1, 800.3, 801.1, 801.3, 802.6, 802.7, 803.1, 803.3, 804.1, 804.3, 850, 851, 852, 853, 854, 907.0, 907.1, 925	F07.2, S02.0, S02.1, S02.3, S02.7, S02.8, S02.9, S06.0-S06.9, S07.1, T90.2, T90.5	Sans objet
Parkinsonisme	≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période d'un an, avec un intervalle d'au moins 30 jours entre chaque diagnostic	Dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins	Sans objet	Sans objet	332
Épilepsie	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 3 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période de 2 ans, avec un intervalle d'au moins 30 jours entre chaque diagnostic	Dossier de sortie des hôpitaux ou diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	345.0, 345.1, 345.4, 345.5, 345.6, 345.7, 345.8, 345.9	G40	345

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Algorithmes d'identification des cas de maladies chroniques fondés sur les définitions du SCSMC

Maladie chronique	Définition de cas	Date d'identification du cas	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Codes de facturation des médecins
Troubles mentaux et troubles causés par l'alcool et les drogues (période rétrospective de 10 ans)	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 1 diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins au cours d'une période d'un an	Dossier de sortie des hôpitaux ou diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	290.8, 290.9, 291–293, 294.0, 294.8, 294.9, 295–319	F04–F99	291–319 (50B pour la C.-B. seulement)
Schizophrénie	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période de 2 ans, avec un intervalle d'au moins 30 jours entre chaque diagnostic	Dossier de sortie des hôpitaux ou diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	295	F20, F21, F23, F25	295
Arthrose	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins (à au moins un jour d'intervalle) au cours d'une période de 5 ans	Dossier d'admission à l'hôpital ou diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	715	M15–M19	715
Polyarthrite rhumatoïde	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins (à au moins 8 semaines d'intervalle) au cours d'une période de 2 ans, sauf pour les cas visés par le critère d'exclusion ^d	730 jours après le dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	714	M05–M06	714
Ostéoporose	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 1 diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins	Dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	733	M80, M81	733
Fractures liées à l'ostéoporose (hanche, avant-bras, bassin, humérus et colonne vertébrale)	Hanche : ≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux (épisode de 6 mois) Avant-bras, bassin et humérus : ≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période de 3 mois (épisode de 6 mois) Colonne vertébrale : ≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 1 diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (épisode de 6 mois) ^e	Hanche : Dossier d'admission à l'hôpital Avant-bras, bassin et humérus : Dossier d'admission à l'hôpital ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité) Colonne vertébrale : Dossier d'admission à l'hôpital ou diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	Hanche : 820 Avant-bras, bassin et humérus : 813, 808, 805.6, 805.7, 812 Colonne vertébrale : 805.2–805.5	Hanche : S72.0, S72.1, S72.2 Avant-bras, bassin et humérus : S52, S32.1, S32.3, S32.4, S32.5, S42.2, S42.3, S42.4 Colonne vertébrale : S22.0, S22.1, S32.0	Hanche : Sans objet Avant-bras, bassin et humérus : 813, 814 ^f , 808, 812 Colonne vertébrale : 805
Asthme	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 2 diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins au cours d'une période de 2 ans	Dossier de sortie des hôpitaux ou dernier diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	493	J45, J46	493

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Algorithmes d'identification des cas de maladies chroniques fondés sur les définitions du SCSMC

Maladie chronique	Définition de cas	Date d'identification du cas	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Codes de facturation des médecins
MPOC	≥ 1 dossier de sortie des hôpitaux ou ≥ 1 diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins	Dossier de sortie des hôpitaux ou diagnostic consigné au fichier de facturation des médecins (selon la première éventualité)	491, 492, 496	J41, J42, J43, J44	491, 492, 496

Abbreviations : AVC, accident vasculaire cérébral; CIM-9, *Classification internationale des maladies, 9^e révision*; CIM-9-MC, *Classification internationale des maladies, 9^e révision, modification clinique*; CIM-10, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision*; CIM-10-CA, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada*; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique; SCSMC, Système canadien de surveillance des maladies chroniques.

^a Intervention coronarienne percutanée et pontage aortocoronarien en fonction des codes 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19 de la CIM-9-MC, des codes 48.02, 48.03, 48.11, 48.12, 48.13, 48.14, 48.15, 48.16, 48.17, 48.19 de la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux*, et des codes 1.IJ.50, 1.IJ.57.GQ, 1.IJ.54, 1.IJ.76 de la *Classification canadienne des interventions en santé*.

^b Les codes 432.9 de la CIM-9 et I62.9 de la CIM-10 étaient utilisés pour le codage des AVC hémorragiques avant l'exercice 2015-2016; depuis, c'est le code I61.9 de la CIM-10 qui est utilisé.

^c Les traumatismes crâniens ne font pas partie du SCSMC; toutefois, étant donné l'intérêt qu'ils présentent dans l'étude de la démence, nous les avons inclus dans nos travaux. La définition de cas est tirée de la littérature¹⁷⁻¹⁹, mais les critères de consultation à l'urgence aux fins de l'identification des cas n'en font pas partie, car les données n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces.

^d Parmi les cas établis, ceux ayant fait l'objet d'au moins deux diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins (à au moins un jour d'intervalle) au cours d'une période de deux ans avec diagnostics d'arthrite inflammatoire non rhumatoïde, incluant les maladies rhumatismales auto-immunes systémiques (CIM-9 : 710; CIM-10-CA : M32.1, M32.8, M32.9, M33.x, M34.x, M35.1, M35.8, M35.9), la périartérite noueuse et les affections apparentées (CIM-9 : 446; CIM-10-CA : M30.x-M31.x), la pseudo-polyarthrite rhizomélitique/polymyalgie rhumatismale (CIM-9 : 725; CIM-10-CA : M35.3), le psoriasis arthropathique (CIM-9 : 696; CIM-10-CA : L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3), la spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires (CIM-9 : 720; CIM-10-CA : M45.x, M46.1, M46.8, M46.9) et les arthropathies associées à d'autres affections classées ailleurs (CIM-9 : 713; CIM-10-CA : M07.4, M07.5, M07.6), ont été exclus. Les personnes atteintes de psoriasis (code 696 de la CIM-9) ont elles aussi été exclues, puisque nous ne pouvons exclure expressément les personnes souffrant d'arthrite psoriasique, compte tenu du nombre de chiffres requis. Les deux diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins doivent inclure les mêmes codes de diagnostic différents de ceux de la polyarthrite rhumatoïde, au niveau à trois chiffres pour les codes de la CIM-9 et de la CIM-9-MC; les deux diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins doivent s'appliquer à tous les cas admissibles, c'est-à-dire à ceux qui se sont qualifiés par le biais d'au moins un dossier de sortie des hôpitaux ou d'au moins deux diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins; les cas exclus l'ont été pour le reste de la période d'étude.

^e Période de six mois au cours de laquelle tout code de fracture a été considéré comme faisant partie du même événement. La date associée au code de la première fracture d'un même événement a été utilisée pour établir la date de fin de l'épisode de six mois.

^f L'un des diagnostics consignés au fichier de facturation des médecins doit comprendre le code 813 de la CIM-9 (ou le code équivalent de la CIM-10-CA : S52), et l'autre peut comprendre le code 813 ou 814 de la CIM-9 (ou le code équivalent de la CIM-10-CA : S52 ou S62).

répond pour la première fois aux critères de l'algorithme.

Autres caractéristiques

Nous avons utilisé le registre d'assurance-maladie de chaque province afin de connaître les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe et code postal) de la cohorte à la date index de l'étude. Le code postal a été couplé aux données du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada afin d'obtenir le quintile de revenu du quartier et la taille de la localité. Le géocode a quant à lui été jumelé à des indicateurs relatifs aux déterminants structuraux de la santé qui permettent de mesurer la vulnérabilité situationnelle et la dépendance économique. Les quintiles de revenu du quartier ont été définis en fonction du revenu moyen des ménages du quartier (aire de diffusion) par rapport au niveau de revenu des grandes régions de recensement.

Nous avons également caractérisé l'utilisation des services de santé au cours de l'année précédant la date index de la cohorte. Les caractéristiques évaluées ont été les suivantes : hospitalisations pour soins de courte durée, consultations à

l'urgence, consultations auprès d'un médecin de famille, consultations auprès d'un spécialiste de la démence (neurologie, gériatrie et psychiatrie) et consultations auprès d'un autre spécialiste.

Analyses statistiques

Nous avons comparé les caractéristiques sociodémographiques, l'utilisation des services de santé et les maladies chroniques comorbides prévalentes entre les provinces en utilisant les moyennes (et les écarts-types) pour les variables continues (comme l'âge) et les effectifs et pourcentages pour les variables catégorielles (comme le sexe). Pour établir le moment de la survenue des maladies chroniques par rapport à l'apparition de la démence, nous avons comparé le nombre et le pourcentage de maladies chroniques identifiées avant et après l'identification de la démence elle-même.

Approbation des comités d'éthique

En Colombie-Britannique, les travaux ont été menés dans le cadre d'une vaste initiative de surveillance et de recherche en matière de santé des populations réalisée par le Bureau de la médecin hygiéniste

provinciale, et ils ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de la Colombie-Britannique (H22-01818).

En Ontario, les ensembles de données ont été jumelés à l'aide d'identificateurs codés uniques et analysés par l'ICES. L'ICES est un institut de recherche indépendant à but non lucratif dont le statut juridique aux termes de la législation ontarienne en ce qui a trait à la protection des renseignements personnels sur la santé lui permet de recueillir et d'analyser, sans consentement, des données démographiques et des données sur les soins de santé dans une perspective d'évaluation et d'amélioration du système de santé. L'utilisation des données dans le cadre de ce projet est autorisée conformément à l'article 45 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de la province de l'Ontario et n'exige pas d'approbation de la part d'un comité d'éthique de la recherche.

Au Québec, les travaux s'inscrivent dans le mandat permanent de surveillance des maladies chroniques que le ministre de la Santé et des Services sociaux confie à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Toutes les activités de

surveillance qui relèvent de ce mandat sont approuvées par le Comité d'éthique de santé publique de la province. Il n'a pas été nécessaire d'obtenir de consentement éclairé.

À l'Île-du-Prince-Édouard, les travaux font partie des activités de surveillance continue et systématique des maladies chroniques menées par la médecin hygiéniste en chef, sous l'autorité du ministre de la Santé et du Mieux-être par le truchement des articles 3 et 58 de la *Public Health Act* de la province, et ils n'exigent pas d'approbation de la part d'un comité d'éthique de la recherche.

Résultats

Nous avons recensé 287 453 personnes de 65 ans et plus atteintes de démence dans les quatre provinces participantes au 1^{er} avril 2015, ce nombre variant de 1 390 à l'Île-du-Prince-Édouard à 152 816 en Ontario. (Pour un diagramme montrant le processus de recensement, consulter la figure 1.)

Caractéristiques sociodémographiques de référence

L'âge moyen des personnes atteintes de démence était similaire dans les quatre provinces (allant de 83,0 ans à l'Î.-P.-É. à 84,3 ans en C.-B.) (tableau 3). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir reçu un diagnostic de démence, et ce, dans toutes les provinces (de 61,8 % en C.-B. à 66,2 % au Qc). Un large pourcentage de personnes résidaient dans des établissements de soins de longue durée (de 39,5 % au Qc à 41,6 % en C.-B.) et se trouvaient dans les premier et deuxième quintiles de revenu du quartier, soit les quintiles inférieurs (de 47,7 % en Ont. à 55,9 % à l'Î.-P.-É.). Les personnes atteintes de démence vivaient moins souvent dans des régions rurales que dans de grandes collectivités (de 10,5 % en C.-B. à 35,3 % à l'Î.-P.-É.). Environ un cinquième habitait dans un quartier à forte vulnérabilité situationnelle (de 15,1 % à l'Î.-P.-É. à 20,6 % en Ont.).

Identification des cas, utilisation du système de santé et comorbidité

Le temps écoulé depuis l'identification de la démence était comparable dans les quatre provinces (de 2,8 ans à l'Î.-P.-É. à 4,3 ans en Ont.) (tableau 3). Les données sur les ordonnances d'inhibiteurs de la cholinestérase ont été la source d'information la

plus utilisée, toutes provinces confondues, pour l'identification des cas de démence, bien que le pourcentage de cas identifiés à l'aide de cette source ait été variable, de 39,9 % en Colombie-Britannique à 66,5 % en Ontario.

La proportion de personnes ayant été hospitalisées à au moins une reprise pour des soins de courte durée dans l'année précédant l'identification de la démence était similaire d'une province à l'autre (de 21,0 % en C.-B. à 29,9 % à l'Î.-P.-É.) (tableau 3). La province dans laquelle les personnes avaient eu le moins tendance à consulter un médecin de famille dans l'année précédant la date index était l'Île-du-Prince-Édouard (82,9 %), et celle dans laquelle les personnes avaient eu le plus tendance à consulter un médecin de famille dans l'année précédant la date index était la Colombie-Britannique (97,2 %). À l'inverse, c'est en Colombie-Britannique que les consultations auprès de spécialistes de la démence étaient les moins fréquentes (23,9 %), et à l'Île-du-Prince-Édouard qu'elles étaient les plus fréquentes (33,5 %).

L'hypertension, les troubles mentaux et les troubles causés par l'alcool et les drogues de même que l'arthrose étaient les maladies comorbides le plus souvent observées (figure 2; tableau 4). La différence de prévalence entre les provinces était la plus marquée pour les troubles mentaux et les troubles causés par l'alcool et les drogues : la prévalence variait de 44,4 % au Québec à 91,2 % en Colombie-Britannique. La prévalence des cardiopathies ischémiques, des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des fractures liées à l'ostéoporose, de l'arthrose, de la polyarthrite rhumatoïde et de l'ostéoporose variait également, mais l'ordre de classement relatif en fonction de la prévalence était similaire. Entre 38,8 % (Î.-P.-É.) et 53,3 % (Ont.) des personnes atteintes de démence présentaient cinq maladies chroniques comorbides ou plus.

Un pourcentage plus élevé de maladies chroniques étaient présentes avant l'identification de la démence plutôt qu'après (figure 3). Les maladies vasculaires telles que l'hypertension, le diabète, les cardiopathies ischémiques et les AVC, de même que les troubles mentaux et les troubles causés par l'alcool et les drogues, l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, l'ostéoporose et l'asthme étaient souvent observés avant l'identification de la démence.

L'insuffisance cardiaque, le parkinsonisme, l'épilepsie, les traumatismes crâniens et les fractures liées à l'ostéoporose sont survenus presque aussi fréquemment après l'identification de la démence qu'avant. Les tendances étaient généralement les mêmes d'une province à l'autre, avec quelques variations dans les estimations de prévalence.

Analyse

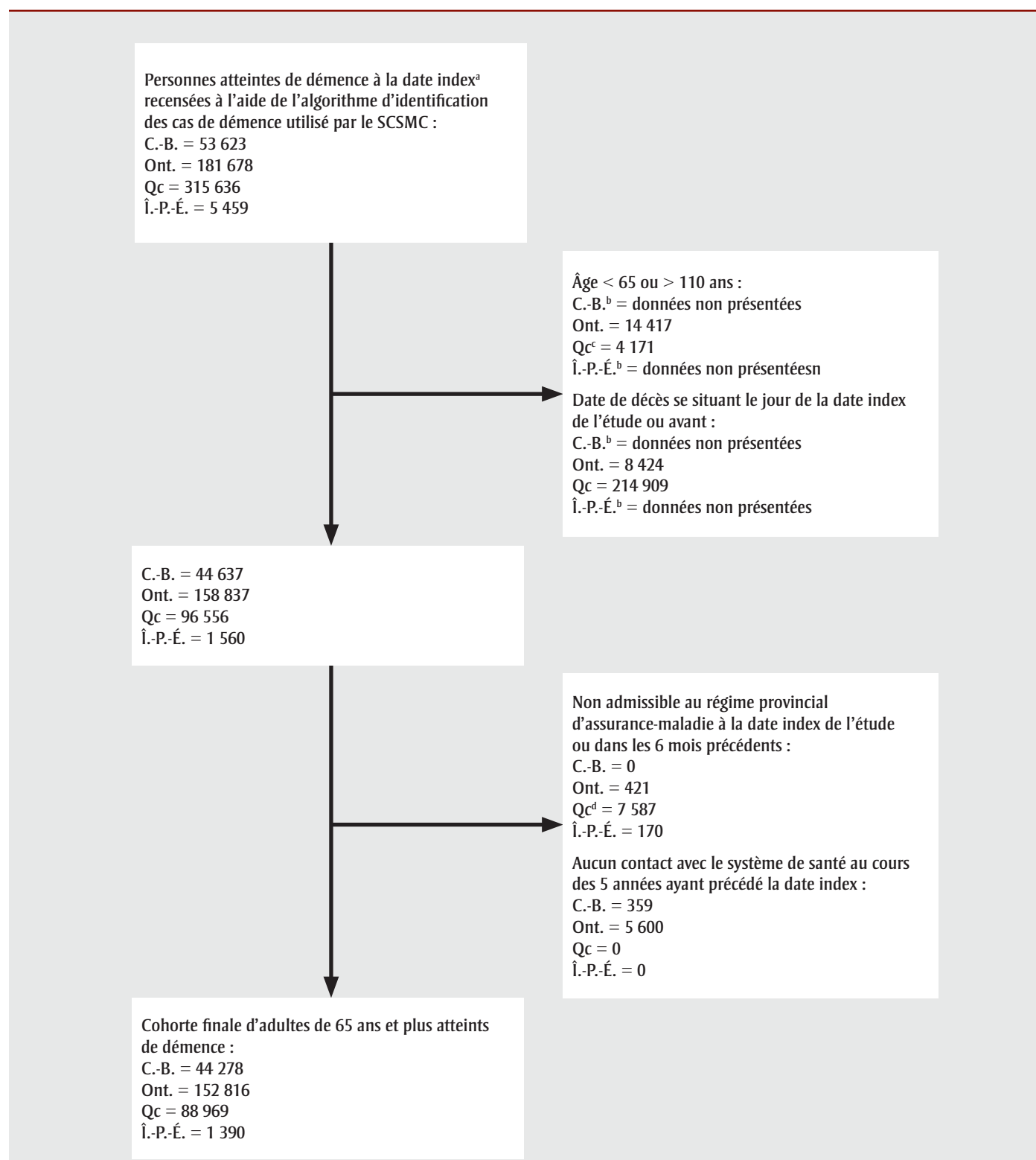
Nous avons comparé la prévalence des maladies chroniques comorbides chez les aînés vivant avec la démence dans quatre provinces canadiennes et avons étudié le moment de leur survenue par rapport à l'identification de la démence.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière de nombreux problèmes dans la collecte, l'échange, la présentation et l'interprétation des données sur la santé à l'échelle nationale²⁰. Le gouvernement fédéral et les provinces travaillent ensemble à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne de gestion des données sur la santé²¹, qui est enrichie par la recherche interprovinciale, cette dernière permettant de consolider le corpus de données probantes et de perfectionner les méthodes et, ainsi, d'orienter les initiatives de surveillance. La méthodologie que nous proposons ici peut être utilisée pour d'autres maladies chroniques et dans d'autres régions.

Les caractéristiques sociodémographiques, la prévalence des maladies chroniques et le moment de la survenue des maladies étaient généralement comparables d'une province à l'autre, bien que nous ayons observé des différences notables dans la prévalence des maladies et dans l'utilisation des services de santé, par exemple dans les services en matière de santé mentale et de dépendances.

Selon plusieurs études, entre 18 % et 35 % des personnes atteintes de démence présentent cinq maladies chroniques comorbides ou plus^{6,22-24}. Nous avons constaté un pourcentage plus élevé (38,8 % à 53,3 %) dans les quatre provinces, peut-être en partie en raison des maladies les plus répandues, soit les troubles mentaux et les troubles causés par l'alcool et les drogues, l'hypertension et l'arthrose. Toutefois, il est difficile de comparer les estimations des différentes études, car il n'existe pas de définition unique de la comorbidité et que diverses maladies sont prises en compte,

FIGURE 1
Diagramme montrant le processus de recensement des adultes (de 65 ans et plus) atteints de démence dans les provinces participantes, Canada



Abbréviations : C.-B., Colombie-Britannique; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; Ont., Ontario; Qc, Québec; SCSMC, Système canadien de surveillance des maladies chroniques.

^a La date index de l'étude était le 1^{er} avril 2015.

^b Les valeurs exactes ne sont pas indiquées, car les données correspondant à des cellules de petite taille ont été supprimées.

^c Le critère d'exclusion visant les personnes de moins de 65 ans s'applique au Québec seulement.

^d Le critère d'exclusion visant les personnes non admissibles au régime provincial d'assurance-maladie à la date index s'applique au Québec seulement.

TABLEAU 3
Caractéristiques de référence liées à la situation sociodémographique et à l'utilisation récente des services de santé chez les adultes (de 65 ans et plus)
atteints de démence au 1^{er} avril 2015, par province, Canada

Caractéristique	C.-B. N = 44 278		Ont. N = 152 816		Qc N = 88 969		Î.-P.-É. N = 1 390	
Temps écoulé depuis l'identification de la démence, nombre moyen d'années (ET)	3,6	(3,2)	4,3	(3,7)	3,8	(3,2)	2,8	(2,8)
Âge moyen à la date index ^a , en années (ET)	84,3	(7,5)	83,3	(7,7)	83,4	(7,4)	83,0	(7,5)
Méthode utilisée pour l'identification du cas de démence, n (%)								
Hospitalisation	9 087	20,5	6 280	4,1	23 333	26,2	363	26,1
Fichier de facturation des médecins	17 543	39,6	44 964	29,4	18 452	20,7	381	27,4
Ordonnance de médicaments	17 648	39,9	101 572	66,5	47 184	53,0	646	46,3
Catégorie d'âge à la date index, en années								
65 à 69	1 764	4,0	8 309	5,4	3 840	4,3	59	4,2
70 à 74	3 736	8,4	13 949	9,1	7 884	8,9	141	10,1
75 à 79	6 558	14,8	23 176	15,2	13 542	15,2	241	17,3
80 à 84	10 300	23,3	35 208	23,0	21 761	24,5	324	23,3
85 à 89	11 416	25,8	38 312	25,1	23 311	26,2	355	25,5
90 et plus	10 504	23,7	33 862	22,2	18 631	20,9	270	19,4
Sexe, n (%)								
Homme	16 903	38,2	55 829	36,5	30 039	33,8	502	36,1
Femme	27 375	61,8	96 987	63,5	58 930	66,2	888	63,9
Résidence dans un centre de soins de longue durée ^a	18 441	41,6	61 320	40,1	35 175	39,5	n.d.	n.d.
Quintile de revenu du quartier								
Information manquante	284	0,6	816	0,5	n.d.	n.d.	6	0,4
Q1 (inférieur)	12 846	29,0	39 295	25,7	n.d.	n.d.	360	25,9
Q2	8 954	20,2	33 624	22,0	n.d.	n.d.	417	30,0
Q3	9 199	20,8	28 705	18,8	n.d.	n.d.	272	19,6
Q4	6 757	15,3	25 696	16,8	n.d.	n.d.	169	12,2
Q5 (supérieur)	6 238	14,1	24 680	16,2	n.d.	n.d.	166	11,9
Taille de la localité, en nombre d'habitants								
Information manquante	281	0,6	779	0,5	252	0,3	6	0,4
≥ 1 500 000	21 358	48,2	59 490	38,9	41 942	47,1	0	n.d.
500 000 à 1 499 999	0	n.d.	25 753	16,9	17 927 ^b	20,1	0	n.d.
100 000 à 499 999	11 431	25,8	35 222	23,0			0	n.d.
10 000 à 99 999	6 542	14,8	15 331	10,0	11 765	13,2	893	64,2
< 10 000 (région rurale)	4 666	10,5	16 241	10,6	17 083	19,2	491	35,3

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Caractéristiques de référence liées à la situation sociodémographique et à l'utilisation récente des services de santé chez les adultes (de 65 ans et plus)
atteints de démence au 1^{er} avril 2015, par province, Canada

Caractéristique	C.-B. N = 44 278		Ont. N = 152 816		Qc N = 88 969		Î.-P.-É. N = 1 390	
Vulnérabilité situationnelle ^c								
Information manquante	88	0,2	1 742	1,1	25 738	28,9	265	19,1
Q1 (le moins défavorisé)	9 146	20,7	30 252	19,8	9 399	10,6	153	11,0
Q2	9 207	20,8	30 215	19,8	11 341	12,7	236	16,9
Q3	8 448	19,1	29 154	19,1	11 869	13,3	188	13,5
Q4	9 511	21,5	29 929	19,6	14 336	16,1	338	24,3
Q5 (le plus défavorisé)	7 878	17,8	31 524	20,6	16 286	18,3	210	15,1
Dépendance économique ^c								
Information manquante	88	0,2	1 742	1,1	25 738	28,9	265	19,1
Q1 (le moins défavorisé)	5 595	12,6	15 989	10,5	10 726	12,1	219	15,8
Q2	7 008	15,8	20 005	13,1	10 582	11,9	117	8,4
Q3	7 020	15,9	22 610	14,8	13 090	14,7	131	9,4
Q4	9 322	21,1	27 395	17,9	14 052	15,8	343	24,7
Q5 (le plus défavorisé)	15 245	34,4	65 075	42,6	14 781	16,6	315	22,7
Utilisation récente des services de santé (à au moins une reprise au cours de l'année précédente)								
Hospitalisation pour soins de courte durée	9 294	21,0	37 322	24,4	23 140	26,0	415	29,9
Consultation auprès d'un médecin de famille	43 046	97,2	142 922	93,5	78 112	87,8	1 153	82,9
Consultation auprès d'un spécialiste de la démence (neurologie, gériatrie et psychiatrie)	10 580	23,9	44 296	29,0	23 307	26,2	465	33,5
Consultation auprès d'un autre spécialiste	27 839	62,9	83 749	54,8	61 158	68,7	656	47,2

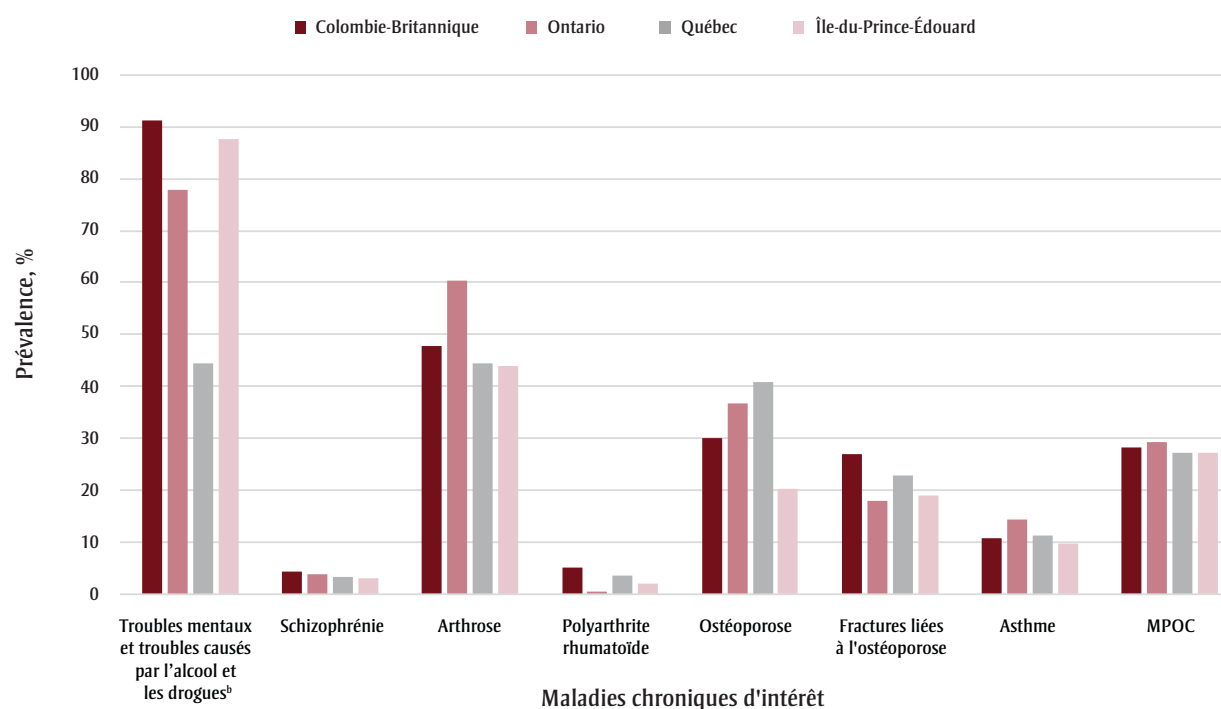
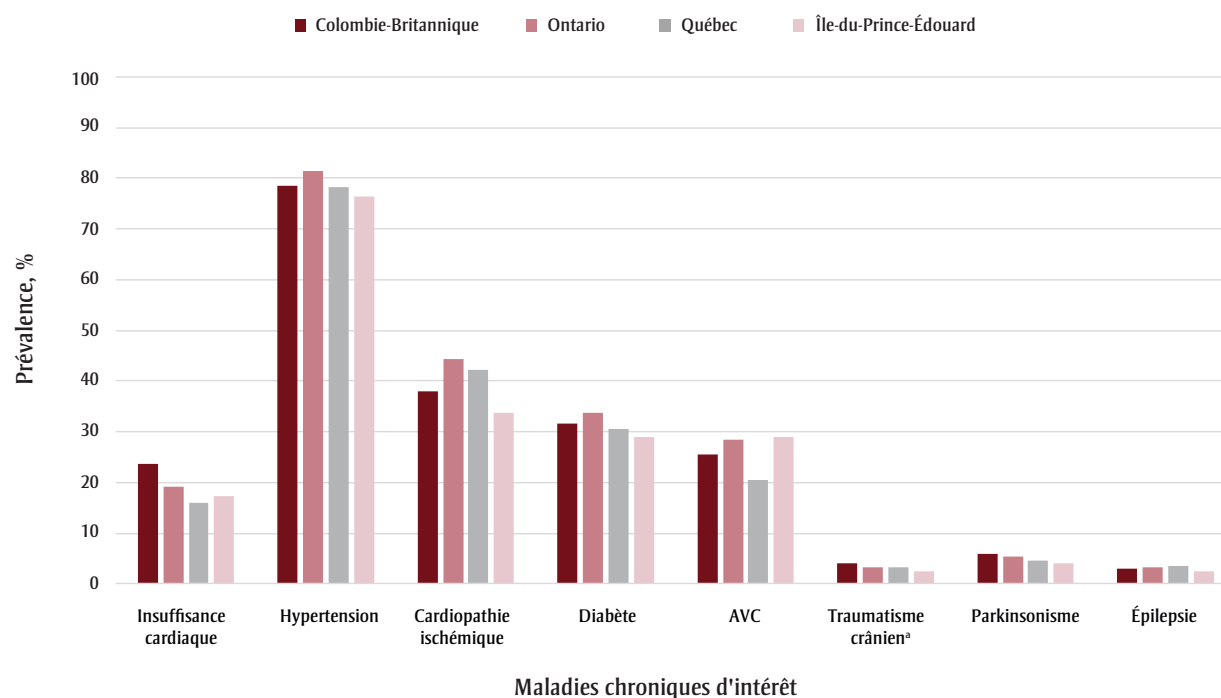
Abbréviations : C.-B., Colombie-Britannique; ET, écart-type; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; INSPQ, Institut national de santé publique du Québec; n.d. = non disponible; Ont., Ontario; Qc, Québec; Q, quintile.

^a La disponibilité des données varie d'une province à l'autre. Pour la Colombie-Britannique et l'Ontario, les données ont été tirées du Système d'information sur les soins de longue durée – Soins de longue durée en établissement; pour le Québec, les données ont été extraites d'autres bases de données administratives sur la santé à l'aide d'un algorithme validé; pour l'Île-du-Prince-Édouard, les données n'étaient pas disponibles.

^b La taille de la localité n'est pas disponible pour les régions moins peuplées.

^c Les quintiles de vulnérabilité situationnelle et de dépendance économique proviennent de l'Indice canadien de défavorisation multiple (ICDM) dans le cas de la Colombie-Britannique, de l'Indice de marginalisation ontarien (ON-Marg) dans le cas de l'Ontario et de l'Indice de défavorisation matérielle et sociale de l'INSPQ dans le cas du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard.

FIGURE 2
Maladies chroniques prévalentes chez les adultes (de 65 ans et plus) atteints de démence au 1^{er} avril 2015, par province, Canada



Abbreviations : AVC, accident vasculaire cérébral; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique; SCSMC, Système canadien de surveillance des maladies chroniques.

^a Les données sur les traumatismes crâniens proviennent exclusivement des données sur les hospitalisations (et non de la définition de cas du SCSMC).

^b Une période rétrospective de dix ans, calculée à partir du 1^{er} avril 2015 (la date index), a été utilisée afin de rendre compte de l'utilisation des services de santé pour des troubles mentaux et des troubles causés par l'alcool et les drogues.

TABEAU 4
Maladies chroniques prévalentes chez les adultes (de 65 ans et plus) atteints de démence au 1^{er} avril 2015, par province, Canada

Caractéristique, n (%)	C.-B. N = 44 278		Ont. N = 152 816		Qc N = 88 969		Î.-P.-É. N = 1 390	
Nombre de maladies chroniques								
≥ 5	21 900	49,5	81 492	53,3	42 440	47,7	539	38,8
Maladies chroniques prises isolément								
Insuffisance cardiaque	10 440	23,6	29 323	19,2	14 282	16,1	241	17,3
Hypertension	34 757	78,5	124 376	81,4	69 589	78,2	1 062	76,4
Cardiopathie ischémique	16 801	37,9	67 660	44,3	37 620	42,3	468	33,7
Diabète	13 965	31,5	51 560	33,7	27 114	30,5	402	28,9
AVC	11 286	25,5	43 599	28,5	18 209	20,5	402	28,9
Traumatisme crânien	1 766	4	5 094	3,3	3 016	3,4	33	2,4
Parkinsonisme	2 609	5,9	8 428	5,5	4 140	4,7	59	4,2
Épilepsie	1 305	2,9	5 018	3,3	3 151	3,5	35	2,5
Troubles mentaux et troubles causés par l'alcool et les drogues	40 382	91,2	119 083	77,9	39 532	44,4	1 218	87,6
Schizophrénie	1 842	4,2	5 795	3,8	2 824	3,2	42	3
Arthrose	21 170	47,8	92 368	60,4	39 613	44,5	609	43,8
Polyarthrite rhumatoïde	2 258	5,1	753	0,5	3 055	3,4	28	2
Ostéoporose	13 293	30	55 967	36,6	36 275	40,8	281	20,2
Fractures liées à l'ostéoporose (hanche, avant-bras, bassin, humérus et colonne vertébrale)	11 957	27	27 342	17,9	20 369	22,9	262	18,9
Asthme	4 728	10,7	21 842	14,3	9 876	11,1	135	9,7
MPOC	12 447	28,1	44 815	29,3	24 321	27,3	380	27,3

Abréviations : AVC, accident vasculaire cérébral; C.-B., Colombie-Britannique; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique; Ont., Ontario; Qc, Québec.

dont de nombreuses que nous n'avons pas incluses (telles que les rétinopathies, les hépatopathies, les maladies thyroïdiennes, les arythmies cardiaques, l'hypertrophie de la prostate et l'insomnie)²⁵⁻²⁷.

À notre connaissance, peu d'études ont porté sur le moment de la survenue d'un large éventail de maladies chroniques par rapport à l'apparition de la démence. La plupart des études portent sur un nombre plus restreint de maladies et s'intéressent au rôle que jouent les maladies vasculaires en tant que facteurs de risque de démence incidente, par exemple l'hypertension en milieu de vie²⁸, le diabète²⁹ et les AVC³⁰. Des études récentes ont révélé l'existence d'une association entre, d'une part, les troubles neurodégénératifs³¹ et les hospitalisations attribuables aux traumatismes crâniens³² et, d'autre part, les cas incidents de démence. Nous avons observé des tendances similaires dans l'ensemble des provinces pour ce qui est du moment de la survenue des maladies vasculaires (la plupart étaient présentes avant que la démence soit identifiée). En revanche, nous avons constaté que les cas de traumatisme crânien et d'insuffisance cardiaque

congestive étaient détectés presque aussi souvent après qu'avant l'identification de la démence. Les traumatismes crâniens augmentent le risque de démence surtout lorsqu'ils surviennent au milieu de la vie¹⁴, une période qui précède la période rétrospective utilisée dans le cadre de notre étude, ce qui peut expliquer ce constat. Par ailleurs, les traumatismes crâniens sont également associés aux chutes chez les aînés, notamment après l'apparition de la démence, où la mobilité et la coordination peuvent être réduites.

À l'instar des autres maladies évaluées, nous avons pu recueillir des données sur les troubles mentaux (dont la dépression), un facteur de risque établi de la démence, uniquement par la mesure de l'utilisation des services de santé, une mesure indirecte qui ne constitue pas un diagnostic clinique. Le parkinsonisme, qui inclut la maladie de Parkinson, était également identifié plus souvent avant qu'après la démence. Il s'agit là de la séquence temporelle attendue, étant donné que la démence à corps de Lewy peut se développer à mesure que la maladie de Parkinson progresse. Le fardeau accru des

maladies chroniques chez les personnes atteintes de démence engendre des difficultés complexes pour ce qui a trait à la gestion simultanée des besoins en matière de soins de santé des patients, des personnes qui en prennent soin et des fournisseurs de soins de santé.

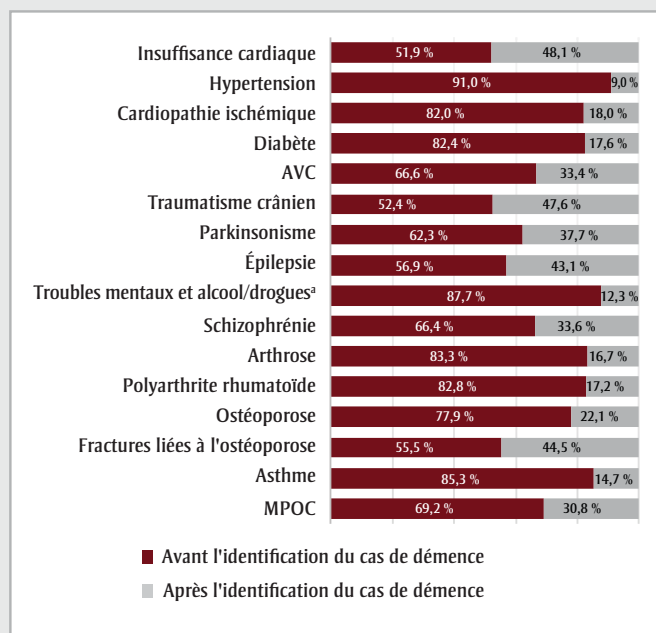
Points forts et limites

Cette étude analyse des données de population sur les personnes atteintes de démence dans quatre provinces canadiennes. Ces données peuvent servir à établir des comparaisons rigoureuses avec les données d'autres régions.

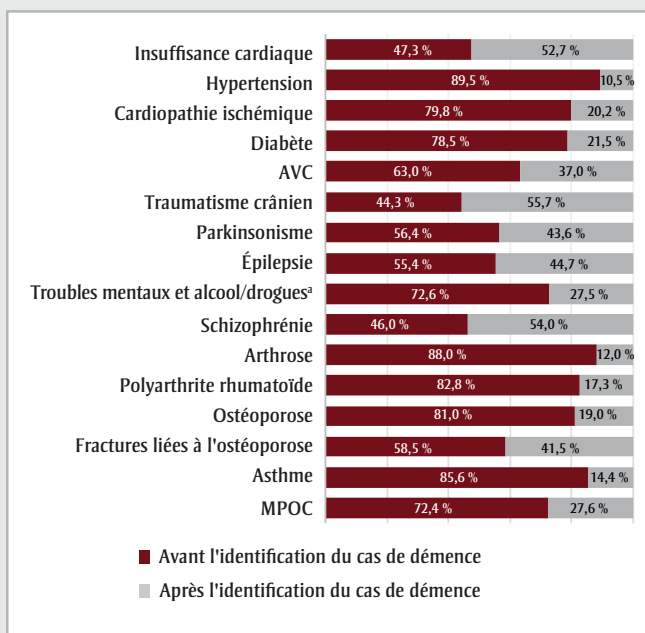
L'étude comporte néanmoins certaines limites. De façon générale, les différences dans la disponibilité et la structure des bases de données administratives provinciales rendent difficile la recherche comparative entre les provinces et les territoires. Toutefois, pour améliorer la qualité des comparaisons, nous avons fait appel à des définitions de cas normalisées qui sont utilisées aux fins de la surveillance nationale des maladies¹.

FIGURE 3
Moment de la survenue des maladies chroniques par rapport à l'identification du cas de démence chez les adultes (de 65 ans et plus) atteints de démence au 1^{er} avril 2015, par province, Canada

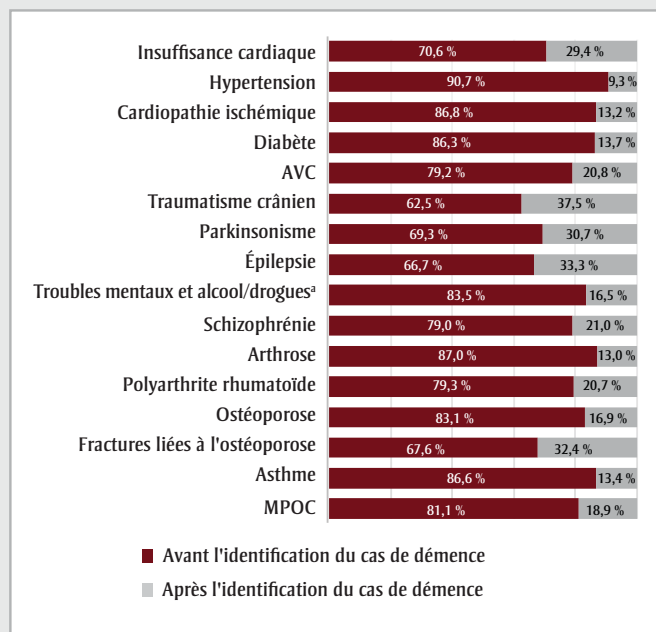
A) Colombie-Britannique



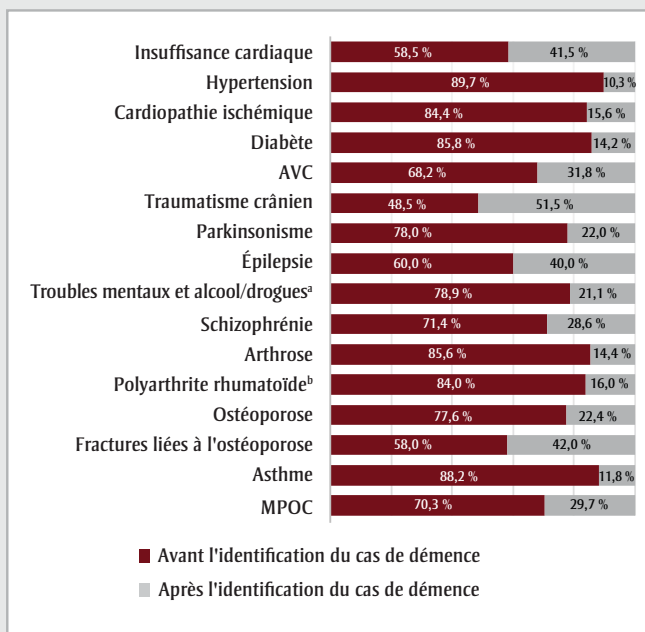
B) Ontario



C) Québec



D) Île-du-Prince-Édouard



Abréviations : AVC, accident vasculaire cérébral; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique.

^a Troubles mentaux et troubles causés par l'alcool et les drogues.

^b Une fourchette de valeurs est fournie pour la polyarthrite rhumatoïde à l'Île-du-Prince-Édouard, car les données correspondant à des cellules de petite taille (n = 1 à 5) ont été supprimées.

Premièrement, même si nous avons étudié un nombre important de maladies chroniques accompagnées de définitions normalisées, nous n'avons pas inclus certaines maladies et certains facteurs de risque importants tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et l'inactivité physique. Deuxièmement, la variabilité observée dans les méthodes employées ainsi que dans la disponibilité et l'exhaustivité des bases de données (p. ex. divergences dans le codage, possibilité de consigner plusieurs diagnostics dans le fichier de facturation des médecins et données sur les consultations à l'urgence impossibles à obtenir dans certaines provinces) pourrait avoir contribué aux différences constatées entre les provinces. En outre, les différences dans l'organisation des services de santé et des services sociaux de chaque province pourraient expliquer en partie l'écart observé dans la prévalence des maladies chroniques. Par exemple, au Québec, il est possible que les soins psychosociaux soient offerts plus souvent à l'extérieur d'un établissement de santé, ce qui pourrait avoir entraîné une sous-estimation de la prévalence des troubles mentaux et des troubles causés par l'alcool et les drogues dans l'étude. La disponibilité des données a aussi influé sur la définition de cas de certaines maladies : par exemple, il se peut que la prévalence des traumatismes crâniens ait été sous-estimée en raison de l'absence de données sur les consultations à l'urgence dans les provinces participantes.

Troisièmement, pour déterminer la date d'identification des cas, nous avons dû nous contenter des bases de données administratives, alors que les définitions de cas basées sur des données administratives ne sont pas des diagnostics officiels et qu'il est possible que la maladie se soit manifestée bien avant que le cas ne soit identifié. Quatrièmement, à l'instar des autres définitions de cas reposant sur des données administratives sur la santé, l'algorithme d'identification des cas de démence est imparfait et pourrait donner lieu à des erreurs de classification. Par exemple, les personnes atteintes de démence à un stade précoce pourraient ne pas être prises en compte en raison de l'absence de diagnostic officiel, tout comme les personnes qui n'ont pas sollicité de services de santé. Les études futures devraient s'intéresser aux différences selon l'âge, le sexe, les indicateurs de statut socioéconomique et la ruralité en ce qui concerne les

maladies chroniques comorbides chez les personnes vivant avec la démence.

Conclusion

À l'aide de définitions nationales normalisées de maladies chroniques et d'une approche fondée sur un ensemble de données minimal commun, nous avons comparé la prévalence et le moment de la survenue de maladies chroniques comorbides chez les personnes de 65 ans et plus atteintes de démence dans quatre provinces canadiennes. Notre étude a révélé que les tendances relatives aux maladies comorbides étaient généralement similaires d'une province à l'autre, ce qui tend à indiquer que les stratégies de gestion des soins, de planification des ressources et d'accès au système de santé pourraient être mises en commun par les régions.

Remerciements

Ce projet a été rendu possible grâce à la collaboration de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de l'ICES et des gouvernements provinciaux de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard. Certaines sections de cet article sont fondées sur l'information ou les données compilées et fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Statistique Canada, IQVIA Solutions Canada Inc., le ministère de la Santé de l'Ontario, le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario et Santé Î.-P.-É. L'étude repose sur des données adaptées du Fichier de conversion des codes postaux^{MO} de Statistique Canada, lequel est basé sur des données obtenues avec l'autorisation de la Société canadienne des postes, et sur des données adaptées du Fichier de conversion des codes postaux du ministère de la Santé de l'Ontario, lequel contient des données copiées avec l'autorisation de la Société canadienne des postes et de Statistique Canada.

Les auteurs tiennent à remercier Henry Ngo et Andrea Olmstead pour leur soutien analytique. Ils remercient également IQVIA Solutions Canada Inc., qui les a autorisés à utiliser son fichier de renseignements sur les médicaments. Enfin, ils remercient le Toronto Community Health Profiles Partnership, qui leur a permis d'accéder aux données de l'Indice de marginalisation ontarien.

Les analyses, conclusions, opinions et déclarations qui sont formulées dans cet article sont celles des auteurs; elles ne correspondent pas nécessairement à celles des organismes ayant fourni des données ou contribué au financement de l'étude. Il ne faut pas inférer qu'elles ont été approuvées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'ICES, le ministère de la Santé de l'Ontario, le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, Santé Î.-P.-É., l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Statistique Canada, IQVIA Solutions Canada Inc., les gouvernements provinciaux de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ou le gouvernement du Canada.

Financement

Cette étude a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada (Colombie-Britannique : 6D02303002, Ontario : 6D02303001, Québec : 4500413802, Île-du-Prince-Édouard : 4500413866). L'étude a également été appuyée par l'ICES, qui reçoit une subvention annuelle du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée de l'Ontario.

Conflits d'intérêts

Susan E. Bronskill reçoit du financement de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'Institut ontarien du cerveau (IOC) et du soutien de l'ICES, qui est financé par le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario.

J. Michael Paterson reçoit du financement des IRSC, du financement de l'ASPC à l'appui du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) et du soutien de l'ICES, qui est financé par le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario.

Andrea Gruneir bénéficie de subventions des IRSC.

Karen A.M. Phillips et Rashaq Ojasanya reçoivent du financement de l'ASPC par l'entremise du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard.

Xibiao Ye reçoit du financement de l'ASPC par l'entremise du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Kayla McLean reçoit du financement de l'ASPC par l'entremise du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Victoria Massamba reçoit du financement de l'ASPC par l'entremise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et du Fonds de recherche du Québec – Santé, et bénéficie de subventions du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada.

Isabelle Vedel reçoit du financement de l'ASPC par l'entremise de l'INSPQ et du Fonds de recherche du Québec – Santé, et bénéficie de subventions des IRSC.

Colleen J. Maxwell bénéficie de subventions des IRSC.

Contributions des auteurs et avis

SB : conception, méthodologie, validation, ressources, rédaction de la première version du manuscrit, conception des figures et tableaux, supervision, administration du projet, obtention du financement.

AA : conception, méthodologie, validation, rédaction de la première version du manuscrit, visualisation.

LCM : conception, méthodologie, validation, rédaction de la première version du manuscrit, visualisation.

XW : méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, curation des données, relectures et révisions.

HC : méthodologie, validation, rédaction de la première version du manuscrit, conception des figures et tableaux.

JMP : conception, méthodologie, validation, relectures et révisions.

AG : conception, méthodologie, validation, relectures et révisions.

KAP : méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, curation des données, relectures et révisions.

RO : méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, curation des données, relectures et révisions.

XY : méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, curation des données, relectures et révisions.

KM : méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, curation des données, relectures et révisions.

FE : méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, curation des données, relectures et révisions.

CGS : méthodologie, validation, relectures et révisions.

VM : méthodologie, validation, relectures et révisions.

LR : méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, curation des données, relectures et révisions.

IV : méthodologie, validation, relectures et révisions.

LS : conception, méthodologie, validation, relectures et révisions.

CP : conception, méthodologie, validation, relectures et révisions.

CM : conception, méthodologie, validation, relectures et révisions.

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. Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [mise à jour le 28 août 2023; consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/Index>
2. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al; GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e105-125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
3. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr*. 2004;16(3):295-315. <https://doi.org/10.1017/s1041610204000468>
4. Manuel DG, Garner R, Finès P, Bancej C, Flanagan W, Tu K, et al. Alzheimer's and other dementias in Canada, 2011 to 2031: a microsimulation Population Health Modeling (POHEM) study of projected prevalence, health burden, health services, and caregiving use. *Popul Health Metr*. 2016;14:37. <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0107-z>
5. Melis RJ, Marengoni A, Rizzuto D, Teerenstra S, Kivipelto M, Angleman SB, Fratiglioni L. The influence of multimorbidity on clinical progression of dementia in a population-based cohort. *PLoS One*. 2013;8(12):e84014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084014>
6. Griffith LE, Gruneir A, Fisher K, Panjwani D, Gandhi S, Sheng L, et al. Patterns of health service use in community living older adults with dementia and comorbid conditions: a population-based retrospective cohort study in Ontario, Canada. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0351-x>
7. Nelis SM, Wu YT, Matthews FE, Martyr A, Quinn C, Rippon I, et al. The impact of comorbidity on the quality of life of people with dementia: findings from the IDEAL study. *Age Ageing*. 2019;48(3):361-367. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy155>
8. Agence de la santé publique du Canada. Une stratégie sur la démence pour le Canada : Ensemble, nous y aspirons [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2019 [modification le 20 avril 2021; consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/strategie-demence.html>
9. Bauer K, Schwarzkopf L, Graessel E, Holle R. A claims data-based comparison of comorbidity in individuals with and without dementia. *BMC Geriatr*. 2014;14:1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-10>

10. Tonelli M, Wiebe N, Joanne Y, Hemmelgarn BR, So H, Straus S, et al. Age, multimorbidity and dementia with health care costs in older people in Alberta: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2022;10(3):E577-588. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210035>
11. Statistique Canada. Estimations de la population, trimestrielles : Tableau : 17-10-0009-01 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2024 [consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&request_locale=fr
12. Agence de la santé publique du Canada. À propos du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [mise à jour le 28 août 2023; consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/Index>
13. Jaakkimainen RL, Bronskill SE, Tierney MC, Herrmann N, Green D, Young J, et al. Identification of physician-diagnosed Alzheimer's disease and related dementias in population-based administrative data: a validation study using family physicians' electronic medical records. *J Alzheimers Dis*. 2016;54(1):337-349. <https://doi.org/10.3233/JAD-160105>
14. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
15. Feely A, Lix LM, Reimer K. Estimation de la prévalence de la multimorbidité au moyen du Système canadien de surveillance des maladies chroniques. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(7):235-243. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.7.02f>
16. Agence de la santé publique du Canada. La démence et les accidents vasculaires cérébraux concomitants chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus : faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/demence-avc-concomitants.html>
17. Gargaro J, Reilly K, Habib Perez O, Tam A, de Oliveira C, Plumptre L, et al. Ontario and sub regional traumatic brain injury (TBI) care report cards and provincial and regional trends in TBI Care - 2021. Toronto (Ont.) : Ontario Neurotrauma Foundation; 2021.
18. Chan V, Hurst M, Petersen T, Liu J, Mollaveya T, Colantonio A, et al. A population-based sex-stratified study to understand how health status preceding traumatic brain injury affects direct medical cost. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240208>
19. Boucher F, Campeau A, Champagne A, Choi B, Crain J, Draca J, et al. Étude des blessures, édition 2020 : Pleins feux sur les traumatismes crâniens tout au long de la vie. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020 [consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/systeme-canadien-hospitalier-information-recherche-prevention-traumatismes/rapports-blessures/2020-pleins-feux-traumatismes-craniens-tout-long-vie.html>
20. Agence de la santé publique du Canada. Collaboration avec des partenaires pour moderniser les données sur la santé publique [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [mise à jour le 18 mai 2022; consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/programmes/collaboration-avec-partenaires-moderniser-donnees-sante-publique.html>
21. Agence de la santé publique du Canada. Aperçu de l'ancien comité consultatif d'experts sur la Stratégie pancanadienne de données sur la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [mise à jour le 22 déc. 2022; consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/organismes-consultatifs-externes/liste/strategie-pancanadienne-sante-apercu.html>
22. Mondor L, Maxwell CJ, Hogan DB, Bronskill SE, Gruneir A, Lane NE, et al. Multimorbidity and healthcare utilization among home care clients with dementia in Ontario, Canada: a retrospective analysis of a population-based cohort. *PLoS Med*. 2017;14(3):e1002249. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002249>
23. Tonelli M, Wiebe N, Straus S, Fortin M, Guthrie B, James MT, et al.; Alberta Kidney Disease Network. Multimorbidity, dementia and health care in older people: a population-based cohort study. *CMAJ*. 2017;15(3):E623-631. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170052>
24. Chen TB, Yiao SY, Sun Y, Lee HJ, Yang SC, Chiu MJ, et al. Comorbidity and dementia: a nationwide survey in Taiwan. *PLoS One*. 2017;12(4):e0175475. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175475>
25. Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Marta-Moreno J, Hancó-Saavedra J, Sicras-Mainar A, Soljak M, et al. Comorbidity of dementia: a cross-sectional study of primary care older patients. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-84>
26. Sanderson M, Wang J, Davis DR, Lane MJ, Cornman CB, Fadden MK. Co-morbidity associated with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2002;17(2):73-78. <https://doi.org/10.1177/153331750201700210>
27. Griffith LE, Gruneir A, Fisher K, Panjwani D, Gafni A, Patterson C, et al. Insights on multimorbidity and associated health service use and costs from three population-based studies of older adults in Ontario with diabetes, dementia and stroke. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):313. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4149-3>

-
28. McGrath ER, Beiser AS, DeCarli C, Plourde KL, Vasan RS, Greenberg SM, et al. Blood pressure from mid- to late life and risk of incident dementia. *Neurology*. 2017;89(24):2447-2454. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004741>
 29. Wang Y, Li C, Liang J, Gao D, Pan Y, Zhang W, et al. Onset age of diabetes and incident dementia: a prospective cohort study. *J Affect Disord*. 2023;329:493-499. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.138>
 30. Savva GM, Stephan BC; Alzheimer's Society Vascular Dementia Systematic Review Group. Epidemiological studies of the effect of stroke on incident dementia: a systematic review. *Stroke*. 2010;41(1):e41-46. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.559880>
 31. Maxwell CJ, MacLagan LC, Harris DA, Wang X, Guan J, Marrie RA, et al. Incidence of neurological and psychiatric comorbidity over time: a population-based cohort study in Ontario, Canada. *Age Ageing*. 2022;51(2):afab277. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab277>
 32. Raj R, Kaprio J, Jousilahti P, Korja M, Siironen J. Risk of dementia after hospitalization due to traumatic brain injury: a longitudinal population-based study. *Neurology*. 2022;98(23):e2377-2386. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000200290>

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) [†]	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.

[†] 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

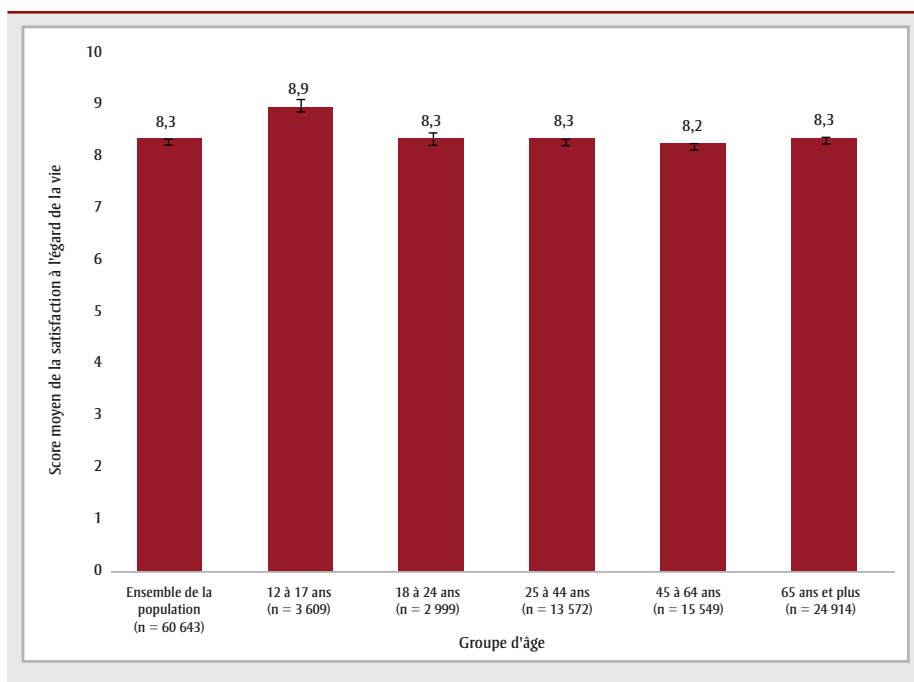
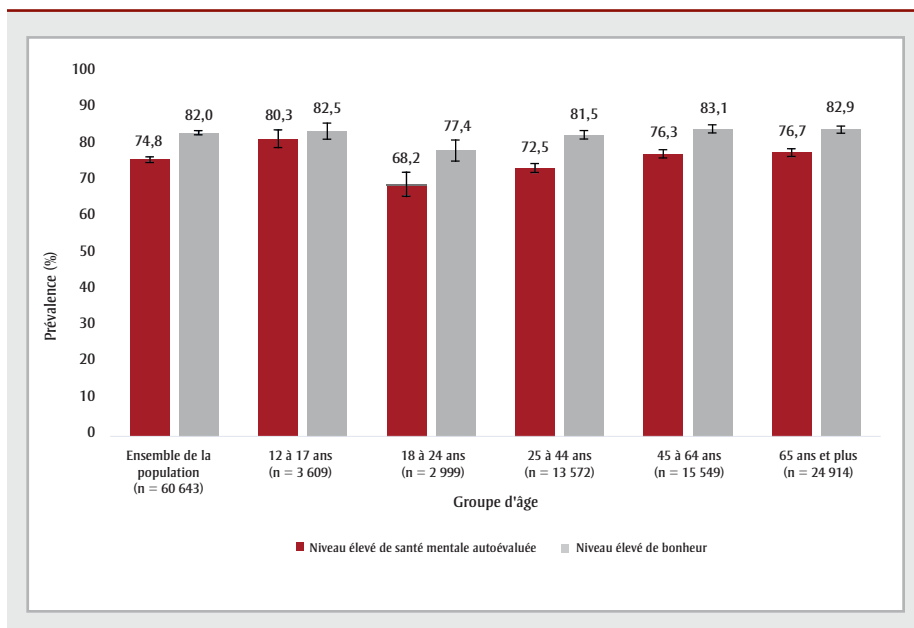


FIGURE 1B
Estimation nationale et par groupe d'âge d'un niveau élevé de SMAE et d'un niveau élevé de bonheur chez les répondants ayant une capacité d'adaptation élevée, Canada (à l'exception des territoires), 2019



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).

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

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

Aperçu

Incidence du transport actif sur les niveaux d'activité physique de la population

Stephanie A. Prince, Ph. D. (1,2)*; Gregory P. Butler, M. Sc. (1)*

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

Aperçu par Prince SA et Butler GP dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

Nous nous sommes intéressés à l'incidence du transport actif (non motorisé, en particulier la marche et le vélo) sur le niveau d'activité physique (AP), ainsi qu'à l'association entre le transport actif et le respect des recommandations concernant l'AP (jeunes : ≥ 60 min/jour; adultes : ≥ 150 min/semaine) en utilisant les données sur l'AP autodéclarée par domaine et l'AP mesurée par accélérométrie dans les cycles 4 à 6 (2014-2019) de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (N = 8620). L'AP associée aux loisirs et celle associée aux tâches domestiques ou au travail étaient comparables dans les groupes d'utilisateurs et de non-utilisateurs du transport actif, mais l'AP mesurée par accélérométrie était significativement plus élevée chez les utilisateurs du transport actif (12 à 17 ans : 56,6 contre 47,7 min/jour; 18 à 64 ans : 33,4 contre 22,8 min/jour, 65 à 79 ans : 21,5 contre 13,7 min/jour). Le transport actif n'était pas associé au respect de la recommandation concernant l'AP chez les jeunes après ajustement pour les facteurs de confusion (rapport de cote [RC] ajusté = 1,39; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,91 à 2,11), mais il l'était chez les adultes (18 à 64 ans : RC ajusté = 2,71; IC à 95 % : 2,18 à 3,37; 65 à 79 ans : RC ajusté = 2,26; IC à 95 % : 1,39 à 3,69). Puisque le transport actif contribue à améliorer les niveaux d'AP dans la population, la prise de mesures qui le favorisent devrait être considérée comme un outil important de promotion de la santé.

Mots-clés : *exercice, transport, surveillance de la santé publique*

Points saillants

- L'activité physique associée aux loisirs et celle associée aux tâches domestiques ou au travail étaient comparables dans les groupes d'utilisateurs et de non-utilisateurs du transport actif.
- L'activité physique mesurée par accélérométrie était plus élevée chez les utilisateurs du transport actif dans tous les groupes d'âge.
- Le transport actif favorise l'atteinte du niveau recommandé d'activité physique chez les adultes et constitue un outil important de promotion de la santé.

Introduction

L'activité physique (AP) offre une protection contre de nombreuses maladies chroniques et contre la mortalité toutes causes confondues et favorise également la santé mentale positive et le bien-être¹⁻³. La mesure de l'AP dans plusieurs domaines, soit les loisirs, le travail ou l'école, les tâches domestiques et le transport, constitue un volet important de la surveillance à l'échelle de la population^{4,5}. Si la promotion de l'AP est souvent axée sur les activités de loisirs, largement à cause du fait que la plupart des données probantes disponibles qui ont corroboré les bienfaits de l'AP pour la santé ont porté sur l'AP autoévaluée dans le contexte des loisirs⁶⁻⁸, le

fait de considérer l'ensemble des domaines fournit des données essentielles aptes à éclairer les activités de promotion de l'AP.

Le transport actif, soit les déplacements non motorisés ou pour lesquels la personne fournit elle-même l'énergie nécessaire, est le fait d'utiliser la marche, le vélo et d'autres moyens pour se rendre au travail ou à l'école, pour faire ses courses, pour rendre visite à des amis ou pour fréquenter des lieux de divertissement ou d'autres lieux⁹. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 montrent que 61,0 % des jeunes et 41,7 % des adultes utilisent une forme ou une autre de transport actif dans leurs déplacements⁵. Lors du recensement

canadien de 2021 (effectué pendant la pandémie de COVID-19), 6,2 % des travailleurs canadiens ont dit que le transport actif était leur principal mode de transport pour se rendre au travail (en baisse par rapport à 6,9 % en 2016)¹⁰. De plus, 1,7 % des répondants ont déclaré marcher et 1,3 % faire du vélo lorsqu'ils utilisaient plusieurs moyens de transport pour se rendre au travail¹⁰.

Le transport actif est un outil précieux et souvent négligé pour atteindre les cibles d'AP recommandées par les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures¹¹. Plus précisément, ces

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

2. École d'épidémiologie et de santé publique, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

*Premiers auteurs conjointement

Correspondance : Stephanie A. Prince, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-324-7860; courriel : stephanie.prince.ware@phac-aspc.gc.ca

directives recommandent que les adultes fassent 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée (APME) par semaine et que les enfants et les jeunes fassent en moyenne 60 minutes d'APME par jour. Le transport actif est associé à des niveaux supérieurs d'AP et à une probabilité accrue de respecter les recommandations en matière d'AP¹². De plus, il est probable que le transport actif augmente la quantité d'AP pratiquée sans remplacer les autres formes d'AP¹². Des études antérieures menées au Canada (en grande partie à l'aide d'échantillons non représentatifs) tendent aussi à démontrer que le transport actif – en particulier la marche associée aux déplacements en transport en commun – améliore le respect des recommandations concernant l'AP¹³⁻¹⁵, mais avec un certain degré de compensation chez les aînés¹⁶. L'AP liée au transport (en particulier le vélo) est associée à une meilleure santé cardiometabolique¹⁷ et à un risque réduit de maladies cardiovasculaires¹⁸⁻²¹, de diabète de type 2^{21,22}, de décès par cancer¹⁸ et de mortalité toutes causes confondues¹⁸⁻²¹.

La plupart des recherches qui ont porté sur l'association entre le transport actif et l'AP proviennent d'Australie, d'Europe et des États-Unis¹². Nous avons effectué cette étude dans le but de caractériser l'association entre le transport actif et les recommandations concernant l'AP et de comprendre l'apport du transport actif aux niveaux globaux d'AP des Canadiens.

Méthodologie

Notre étude combine les données des cycles 4 à 6 (2014 à 2019) de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS). L'ECMS est une enquête transversale continue, menée par Statistique Canada, dans laquelle les renseignements sur la santé sont autodéclarés et mesurés directement au sein d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale et composé de personnes de 3 à 79 ans vivant dans un ménage²³. Sont exclues les personnes vivant dans les trois territoires et certaines régions éloignées, les personnes vivant dans les réserves et autres lieux de résidence autochtones ainsi que la population vivant en établissement, ce qui représente environ 4 % de la population cible²³. La collecte des données de l'ECMS se déroule toute l'année, sur l'ensemble des saisons.

L'échantillon analysé comprenait 8620 jeunes et adultes (de 12 à 79 ans) dont les données sur l'AP autodéclarée et l'AP mesurée par accélérométrie étaient complètes et valides.

Les jeunes répondants devaient indiquer combien de minutes par jour ils avaient consacrées à différents types d'APME au cours des sept jours précédents. Les adultes devaient pour leur part fournir le nombre de minutes consacrées à différents types d'APME, pratiquées sur des périodes continues d'au moins dix minutes, au cours des sept jours précédents. Le nombre moyen de minutes d'APME autodéclarée par jour a été estimé globalement et par domaine pour les déplacements, les loisirs et les tâches domestiques ou le travail. Les « usagers du transport actif » ont été définis comme les personnes qui utilisent des moyens non motorisés, comme la marche ou le vélo, pour se rendre à l'école, au travail, à l'arrêt d'autobus, etc., ou pour faire des courses, aller magasiner ou rendre visite à des amis.

Après avoir rempli le questionnaire auprès des ménages de l'ECMS, les participants au volet clinique devaient porter un accéléromètre Actical (Philips Respironics, Oregon, États-Unis) sur leur hanche droite pendant leurs heures d'éveil sept jours consécutifs. La durée de port devait être d'au moins 10 heures par jour pendant 4 jours. Des seuils d'intensité des mouvements précédemment validés^{24,25} ont été appliqués au calcul du temps de sédentarité et d'activité physique d'intensité légère, moyenne et élevée. On a considéré que la recommandation concernant l'AP était respectée si l'APME mesurée par accélérométrie atteignait en moyenne 60 minutes ou plus par jour chez les jeunes et 150 minutes ou plus par semaine chez les adultes¹¹.

Le respect de cette recommandation, estimé à l'aide de proportions et d'intervalles de confiance (IC) à 95 %, a été comparé entre usagers et non-usagers du transport actif au moyen du test du chi carré (χ^2) de Rao-Scott. Nous avons utilisé une régression logistique multivariée pour caractériser l'association entre l'utilisation autodéclarée du transport actif et le respect de la recommandation en matière d'AP chez les jeunes (12 à 17 ans) et chez les adultes (18 à 64 ans et 65 à 79 ans), en tenant compte de l'âge, du sexe, du quintile de

revenu et de l'ethnicité (non racisé, racisé, Autochtone).

Des tests T ont servi à comparer le temps consacré aux domaines d'AP autodéclarés et à l'APME mesurée par accélérométrie chez les usagers et les non-usagers du transport actif. Toutes les mesures de l'AP ont fait l'objet d'une transformation logarithmique après l'ajout d'une constante, étant donné la présence d'un nombre élevé de zéros. Toutes les analyses ont été pondérées à l'aide des poids d'enquête de sous-échantillon de mesures par accéléromètre pour les cycles combinés. Les degrés de liberté ont été fixés à 33. Pour tenir compte des effets du plan d'enquête, nous avons estimé les IC à 95 % à l'aide d'une version *bootstrap* de la méthode des répliques équilibrées répétées, qui a fait appel à 500 poids répliqués. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

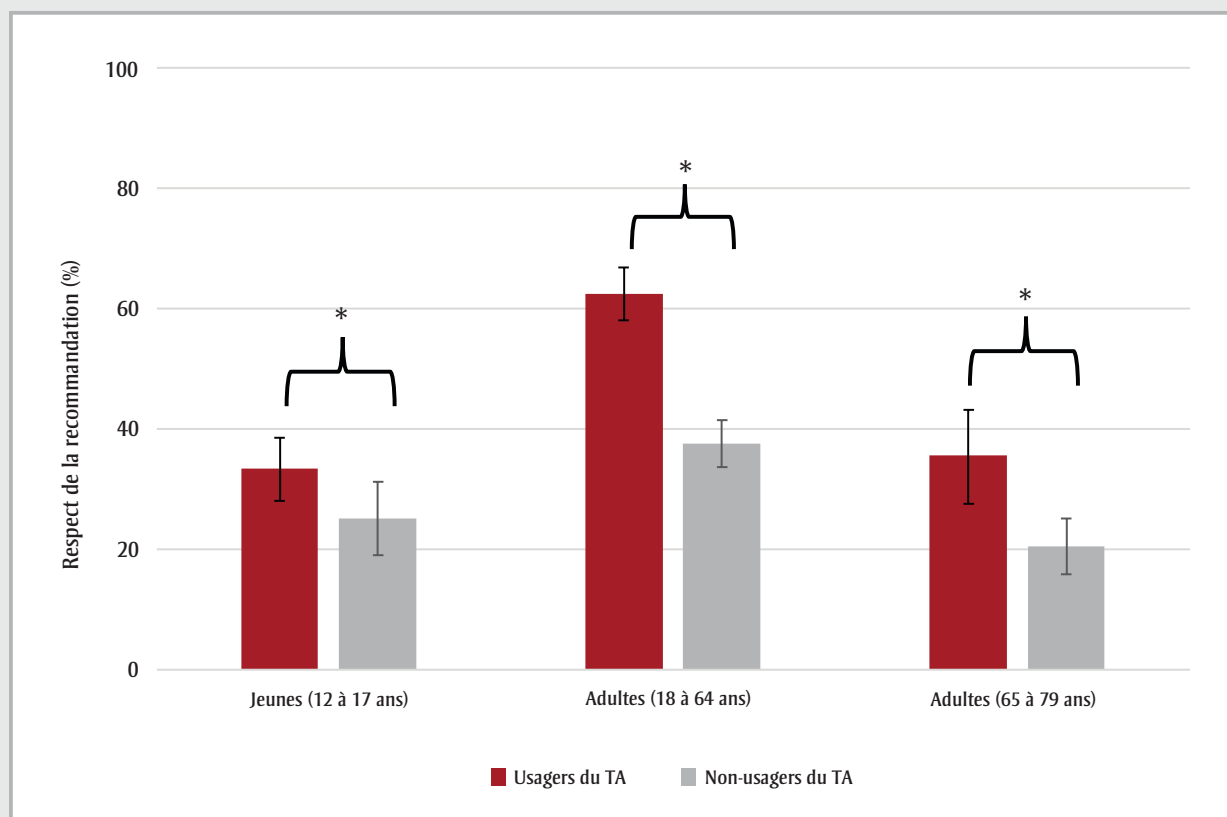
Le protocole de l'ECMS a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Résultats

Près des trois quarts (70,5 %) des jeunes, moins de la moitié (44,2 %) des adultes de 18 à 64 ans et un tiers (33,8 %) des adultes de 65 à 79 ans avaient utilisé des moyens de transport actif. Dans tous les groupes d'âge, le respect de la recommandation concernant l'AP était significativement plus élevé chez les usagers du transport actif que chez les non-usagers (12 à 17 ans : 33,3 % contre 25,1 %; 18 à 64 ans : 62,5 contre 37,6 %; 65 à 79 ans : 35,5 contre 20,5 %) (figure 1).

Même si l'estimation ponctuelle indiquait un taux supérieur de respect de la recommandation concernant l'AP chez les jeunes utilisant le transport actif, celui-ci ne s'est pas révélé associé au respect de la recommandation après ajustement pour les facteurs de confusion (rapport de cotes ajusté [RCa] = 1,39; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,91 à 2,11). Chez les adultes, la probabilité que la recommandation concernant l'AP soit respectée était significativement plus élevée chez les usagers du transport actif que chez les non-usagers, même après ajustement pour les facteurs de confusion (18 à 64 ans :

FIGURE 1
Respect de la recommandation concernant l'AP (≥ 150 min/semaine d'APME mesurée par accélérométrie) selon l'utilisation ou non du transport actif chez les jeunes (12 à 17 ans) et les adultes (18 à 64 ans et 65 à 79 ans), Canada (à l'exception des territoires)



Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 4 à 6 (2014-2019).

Abréviations : AP, activité physique; APME, activité physique d'intensité moyenne à élevée; IC, intervalle de confiance; TA, transport actif.

Remarque : Les barres d'erreur représentent les IC à 95 %.

* $p < 0,05$

RCa = 2,71; IC à 95 % : 2,18 à 3,37; 65 à 79 ans : RCa = 2,26; IC à 95 % : 1,39 à 3,69). Un ajustement supplémentaire selon la saison de réponse a eu peu d'effet sur les estimations de l'effet, et la saison ne s'est pas révélée être un prédicteur important dans les modèles (résultats non présentés).

Le temps moyen d'AP consacrée aux loisirs et aux tâches domestiques ou au travail n'était pas statistiquement différent entre les usagers et les non-usagers du transport actif, alors que le temps d'APME mesuré par accélérométrie était significativement plus élevé chez les usagers du transport actif que chez les non-usagers dans tous les groupes d'âge (12 à 17 ans : 56,6 contre 47,7 min/jour; 18 à 64 ans : 33,4 contre 22,8 min/jour; 65 à 79 ans : 21,5 contre 13,7 min/jour) (figure 2).

Analyse

D'après les résultats de notre étude, les adultes qui utilisent le transport actif ont

une probabilité accrue d'atteindre le niveau d'AP recommandé dans les Directives en matière de mouvement sur 24 heures. Les Canadiens qui utilisaient le transport actif avaient des niveaux comparables d'AP associée aux tâches domestiques ou au travail et aux loisirs, mais des niveaux plus élevés d'APME mesurée par accélérométrie. Par conséquent, le transport actif semble avoir un effet additif plutôt que substitutif sur les domaines d'AP.

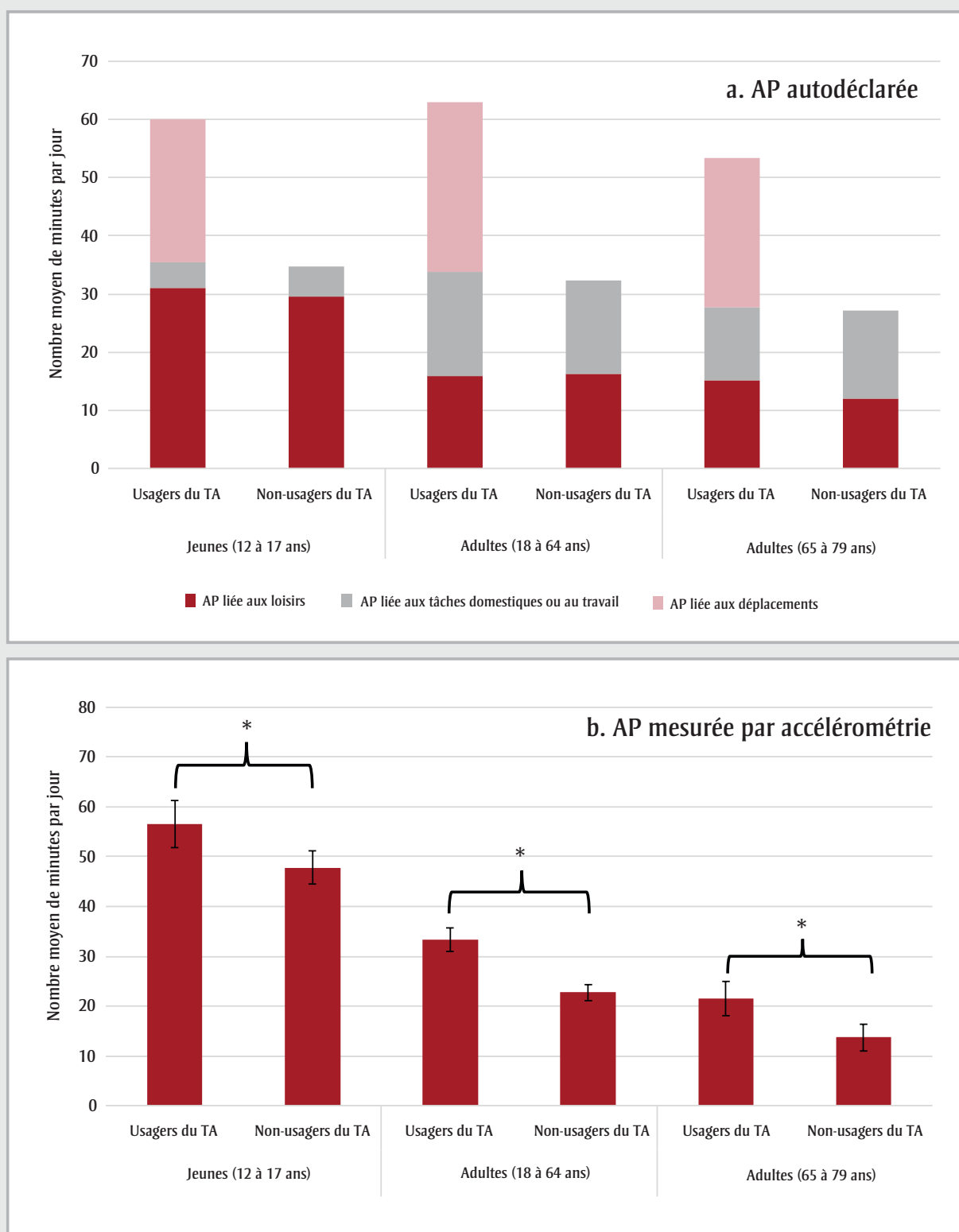
Des estimations récentes montrent que seulement 49,2 % des adultes et 35,6 % des jeunes atteignent le niveau recommandé d'AP au Canada⁵. De façon générale, la marche est davantage pratiquée que le vélo, les hommes déclarent consacrer plus de temps au transport actif que les femmes et l'utilisation du transport actif diminue avec l'âge⁹. Nos constatations rejoignent celles d'examen systématiques récents selon lesquels les personnes qui utilisent le transport actif ont des

valeurs supérieures d'AP totale mesurée à l'aide d'un appareil et le transport actif ne remplace en général pas d'autres activités^{12,26,27}.

Dans son *Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030*, l'Organisation mondiale de la santé vise à réduire de 15 % l'inactivité physique chez les adolescents et les adultes à l'échelle mondiale d'ici 2030²⁸. Elle prône pour ce faire la promotion de la marche, du vélo et des autres formes de transport actif au moyen d'investissements consacrés aux politiques, à la planification des transports et à l'aménagement urbain²⁸. La publication *Une Vision commune pour favoriser l'activité physique et réduire la sédentarité au Canada : soyons actifs*²⁹ et le rapport de 2017 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada³⁰ mentionnent l'importance de l'environnement physique comme moyen d'inciter la population à intégrer l'AP dans son quotidien. L'un des

FIGURE 2

Nombre moyen de minutes par jour a) d'AP autodéclarée par domaine et b) d'APME mesurée par accélérométrie, selon l'utilisation ou non du transport actif chez les jeunes (12 à 17 ans) et les adultes (18 à 64 ans et 65 à 79 ans), Canada (à l'exception des territoires)



Source : CSOURCE : Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycles 4 à 6 (2014-2019).

Abréviations : AP, activité physique; APME, activité physique d'intensité moyenne à élevée; TA, transport actif.

Remarque : Les barres d'erreur représentent les intervalles de confiance à 95 %.

* $p < 0,05$

impératifs stratégiques énoncés dans la *Vision commune* consiste à soutenir des projets de transport actif et de transport en commun, comme l'amélioration des itinéraires cyclables ou l'intégration des systèmes de transport en commun²⁹. Des recherches canadiennes ont montré que la convivialité de l'accès à la vie active ou le potentiel piétonnier d'un quartier sont associés positivement à l'APME mesurée par accélérométrie et à l'AP liée au transport actif chez les jeunes et les adultes³¹. Des revues systématiques ont également démontré que la création et le développement d'infrastructures adaptées à la marche et au vélo (p. ex. trottoirs, connectivité des rues, pistes cyclables, zones d'apaisement de la circulation) sont associés positivement au transport actif³²⁻³⁴.

Selon les publications montrant l'apport des infrastructures adaptées au transport actif, les investissements que les secteurs des transports ou des infrastructures font dans les trottoirs et l'infrastructure cyclable, par exemple, pourraient également être considérés comme des investissements en santé publique³². La Stratégie nationale de transport actif³⁵ offre une vision destinée à faire progresser le transport actif par des investissements fondés sur des données probantes favorisant des infrastructures déjà en place ou de nouvelles infrastructures qui soient propices au transport actif.

Le confort et la sécurité perçus des infrastructures sont des points essentiels à prendre en compte lorsqu'on souhaite promouvoir le transport actif^{36,37}. Le Système de classification du confort et de la sécurité des voies cyclables canadiennes (Can-BICS) fournit une convention d'appellation normalisée applicable aux aménagements cyclables de l'ensemble des villes canadiennes, ainsi qu'une structure en trois niveaux qui répartit ces aménagements selon leur degré de sécurité et de confort pour les usagers³⁸. Des recherches faites avec les données de 2022 d'OpenStreetMap ont révélé que 34 % des quartiers canadiens n'avaient aucun aménagement cyclable, 40 % ne disposaient pas d'aménagements cyclables moyennement ou très confortables et seulement 5 % des quartiers (6 % de la population) comptaient des aménagements de la plus haute catégorie de confort Can-BICS³⁹. L'amélioration de la sécurité et du confort des infrastructures piétonnières et cyclables est probablement un excellent moyen de promouvoir le transport actif, la

pratique quotidienne d'AP et, par le fait même, la santé des Canadiens.

Points forts et limites

Notre étude repose sur les données provenant d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale, dans lequel l'AP des Canadiens a été mesurée et autodéclarée. Dans notre évaluation de l'association entre le transport actif et le respect des recommandations d'AP, nous avons fait un ajustement en fonction des caractéristiques sociodémographiques qui se sont révélées être associées à l'AP et au transport actif (âge, sexe, quintile de revenu et ethnicité). Nous avons aussi procédé à une analyse de sensibilité pour évaluer si la saison de collecte des données avait une incidence sur les estimations. On ne peut toutefois exclure l'existence d'une confusion résiduelle attribuable à des variables non incluses dans les modèles.

Il faut également reconnaître les principales limites de notre étude. Il y a une discordance entre l'AP autodéclarée et l'AP mesurée par accélérométrie : les données autodéclarées couvrent une période de rappel de 7 jours dans la semaine qui a précédé la réponse au questionnaire auprès des ménages, tandis que les données d'accélérométrie ont été recueillies dans la semaine suivant la visite clinique. Il est également possible que le port de l'accéléromètre ait incité les participants à modifier leurs habitudes d'AP pendant la période de surveillance. De plus, les comparaisons des valeurs totales autodéclarées et mesurées par accélérométrie (figure 2) indiquent que les usagers du transport actif pourraient avoir surévalué le temps qu'ils consacrent à l'AP. Des travaux antérieurs ont également révélé des divergences entre l'AP autodéclarée et l'AP mesurée par accélérométrie^{40,41}. Il serait intéressant de chercher à déterminer si la participation à certains types d'AP influence cette discordance.

Enfin, les questions de l'enquête amalgameaient la marche, le vélo et les autres formes de transport actif. Il serait important que, dans les études à venir, on définisse autant que possible l'incidence respective qu'ont la marche, le vélo et les autres moyens de transport actif sur les niveaux d'AP dans la population.

Conclusion

Le transport actif, avec ses retombées majeures sur la santé, est un domaine

important pour la promotion de la santé. Les Canadiens qui pratiquent une forme ou une autre de transport actif, particulièrement à l'âge adulte, sont plus nombreux à respecter les recommandations concernant l'AP et font davantage d'AP que leurs concitoyens qui n'utilisent pas le transport actif. Le transport actif devrait occuper une place centrale dans les politiques et les programmes de promotion de l'AP.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Robert Geneau, Marisol T. Betancourt et Karen C. Roberts pour leur relecture du manuscrit.

Financement

Aucun.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer. Robert Geneau, rédacteur en chef de la revue, n'a pas participé à la délibération concernant cet article car il a effectué une relecture critique du manuscrit.

Contributions des auteurs et avis

SAP : conception, analyse formelle, méthodologie, validation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

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

Les deux auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

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

Références

1. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2018.
2. Warburton DE, Bredin SS. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 2017; 32(5):541-556. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>

3. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016;41(6 Suppl 3):S240-265. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630>
4. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U.; Lancet Physical Activity Series Working Group. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012; 380(9838):247-257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
5. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Infobase de la santé publique; [mise à jour le 27 mars 2023; consultation le 21 janvier 2025]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/apcss/>
6. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7:39. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-39>
7. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med*. 1986; 314(10):605-613. <https://doi.org/10.1056/NEJM198603063141003>
8. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol*. 1990;132(4):612-628. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115704>
9. Borhani P, Walker KL, Butler GP, Lavergne V, Contreras G, Prince SA. Measuring active transportation on national health surveys in Canada from 1994 to 2020. *J Phys Act Health*. 2024;21(8):817-828. <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0429>
10. Statistique Canada. Série « Perspective géographique », Recensement de la population de 2021 : Population active occupée selon le principal mode de transport pour la navette, Canada, 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modification le 16 décembre 2022; consultation le 21 janvier 2025]. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogs-spg/page.cfm?Lang=F&topic=13&dguid=2021A000011124>
11. Ross R, Chaput JP, Giangregorio LM, Janssen I, Saunders TJ, Kho ME, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2020;45(10 (Suppl. 2)): S57-102. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>
12. Prince SA, Lancione S, Lang JJ, Amankwah N, de Groh M, Garcia AJ, et al. Are people who use active modes of transportation more physically active? An overview of reviews across the life course. *Transp Rev*. 2022;42(5):645-671. <https://doi.org/10.1080/01441647.2021.2004262>
13. Wasfi RA, Ross NA, El-Geneidy AM. Achieving recommended daily physical activity levels through commuting by public transportation: Unpacking individual and contextual influences. *Health Place*. 2013;23:18-25. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.04.006>
14. Lachapelle U, Pinto DG. Longer or more frequent walks: Examining the relationship between transit use and active transportation in Canada. *J Transp Health*. 2016;3(2):173-180. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2016.02.005>
15. Pabayo R, Maximova K, Spence JC, Vander Ploeg K, Wu B, Veugelers PJ. The importance of Active Transportation to and from school for daily physical activity among children. *Prev Med*. 2012;55(3):196-200. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.008>
16. Brondeel R, Wasfi R, Perchoux C, Chaix B, Gerber P, Gauvin L, et al. Is older adults' physical activity during transport compensated during other activities? Comparing 4 study cohorts using GPS and accelerometer data. *J Transp Health*. 2019;12:229-236. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2019.02.006>
17. Larouche R, Faulkner GE, Fortier M, Tremblay MS. Active transportation and adolescents' health: the Canadian Health Measures Survey. *Am J Prev Med*. 2014;46(5):507-515. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.12.009>
18. Celis-Morales CA, Lyall DM, Welsh P, Anderson J, Steell L, Guo Y, et al. Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study. *BMJ*. 2017;357:j1456. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1456>
19. Hamer M, Chida Y. Active commuting and cardiovascular risk: a meta-analytic review. *Prev Med*. 2008;46(1):9-13. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.03.006>
20. Panter J, Mytton O, Sharp S, Brage S, Cummins S, Lavery AA, et al. Using alternatives to the car and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality. *Heart*. 2018;104(21):1749-1755. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312699>
21. Dinu M, Pagliai G, Macchi C, Sofi F. Active commuting and multiple health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2019; 49(3):437-452. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-1023-0>
22. Honda T, Hirakawa Y, Hata J, Chen S, Shibata M, Sakata S, et al. Active commuting, commuting modes and the risk of diabetes: 14-year follow-up data from the Hisayama study. *J Diabetes Investig*. 2022;13(10):1677-1684. <https://doi.org/10.1111/jdi.13844>
23. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé mentale (ECMS) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modification le 20 octobre 2022; consultation le 22 janvier 2025]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1450697

24. Wong SL, Colley R, Connor Gorber S, Tremblay M. Actical accelerometer sedentary activity thresholds for adults. *J Phys Act Health*. 2011;8(4):587-591. <https://doi.org/10.1123/jpah.8.4.587>
25. Colley RC, Tremblay MS. Moderate and vigorous physical activity intensity cut-points for the Actical accelerometer. *J Sports Sci*. 2011;29(8):783-789. <https://doi.org/10.1080/02640414.2011.557744>
26. Campos-Garzón P, Sevil-Serrano J, García-Hermoso A, Chillón P, Barranco-Ruiz Y. Contribution of active commuting to and from school to device-measured physical activity levels in young people: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports*. 2023;33(11):2110-2124. <https://doi.org/10.1111/sms.14450>
27. Wanjau MN, Dalugoda Y, Oberai M, Möller H, Standen C, Haigh F, et al. Does active transport displace other physical activity? A systematic review of the evidence. *J Transp Health*. 2023;31:101631. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2023.101631>
28. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2018. En ligne à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327168/9789242514186-fre.pdf>
29. Agence de la santé publique du Canada. Une Vision commune pour favoriser l'activité physique et réduire la sédentarité au Canada : soyons actifs [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2018 [modification le 8 décembre 2020; consultation le 21 janvier 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soyons-actifs.html>
30. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2018. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2017-designing-healthy-living/PHAC_CPHO-2017_Report_F.pdf
31. Colley RC, Christidis T, Michaud I, Tjepkema M, Ross NA. Le lien entre les quartiers ayant un bon potentiel piétonnier et l'activité physique tout au long de la vie. *Rapports sur la santé*. 2019;30(9):3-14. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900900001-fra>
32. Kärmeniemi M, Lankila T, Ikäheimo T, Koivumaa-Honkanen H, Korpelainen R. The built environment as a determinant of physical activity: a systematic review of longitudinal studies and natural experiments. *Ann Behav Med*. 2018;52(3):239-251. <https://doi.org/10.1093/abm/kax043>
33. Prince SA, Lancione S, Lang JJ, Amankwah N, de Groh M, Jaramillo Garcia A, et al. Examining the state, quality and strength of the evidence in the research on built environments and physical activity among adults: an overview of reviews from high income countries. *Health Place*. 2022;77(1):102874. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102874>
34. Prince SA, Lancione S, Lang JJ, Amankwah N, de Groh M, Jaramillo Garcia A, et al. Examining the state, quality and strength of the evidence in the research on built environments and physical activity among children and youth: an overview of reviews from high income countries. *Health Place*. 2022;76(8):102828. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102828>
35. Infrastructure Canada. La Stratégie nationale de transport actif, 2021-2026 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2021 [modification le 1^{er} février 2024; consultation le 21 janvier 2025]. En ligne à : <https://housing-infrastructure.canada.ca/alt-format/pdf/nats-snta/nats-strat-snta-fr.pdf>
36. Buehler R, Götschi T, Winters M. Moving toward active transportation: how policies can encourage walking and bicycling. San Diego (CA): Active Living Research; 2016. <https://doi.org/10.5167/uzh-128504>
37. Winters M, Babul S, Becker HJ, Brubacher JR, Chipman M, Crompton P, et al. Safe cycling: how do risk perceptions compare with observed risk? *Can J Public Health*. 2012;103(9 Suppl 3):eS42-47. <https://doi.org/10.1007/BF03403834>
38. Winters M, Zanotto M, Butler G. Système de classification du confort et de la sécurité des voies cyclables canadiennes (Can-BICS) : convention d'appellation commune des aménagements cyclables. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2020;40(9):319-324. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.9.04f>
39. Winters M, Beairisto J, Ferster C, Labaree K, Manaugh K, Nelson T. Système de mesures du confort et de la sécurité des voies cyclables canadiennes (Can-BICS) : mesures nationales de l'environnement cyclable aux fins d'utilisation dans la recherche et l'élaboration de politiques. *Rapports sur la santé*. 2022;33(10):3-15. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202201000001-fra>
40. Colley RC, Butler G, Garriguet D, Prince SA, Roberts KC. Comparaison de l'activité physique autodéclarée et de celle mesurée au moyen d'un accéléromètre chez les jeunes canadiens. *Rapports sur la santé*. 2019;30(7):3-14. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900700001-fra>
41. Colley RC, Butler G, Garriguet D, Prince SA, Roberts KC. Comparaison de l'activité physique autodéclarée et mesurée par accéléromètre chez les adultes au Canada. *Rapports sur la santé*. 2018;29(12):3-16.

Aperçu

Les aidants principaux des personnes avec des incapacités ou des troubles du développement au Canada : faits saillants de l'Enquête sociale générale – Les soins donnés et reçus de 2018

Sarah Palmeter, M.S.P.; Siobhan O'Donnell, M. Sc.; Sienna Smith, M.S.P.

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

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



Résumé

À l'aide des données de l'Enquête sociale générale – Les soins donnés et reçus de 2018, nous avons étudié les caractéristiques des aidants des personnes avec des incapacités ou des troubles du développement (ITD) et les répercussions de la prestation de soins sur ces aidants. La proportion d'aidants de personnes avec des ITD dont la santé générale et la santé mentale étaient optimales était inférieure à celle des non-aidants. Environ deux tiers des aidants de personnes avec des ITD ont déclaré se sentir inquiets ou anxieux, ou fatigués et près de la moitié ont fait état de besoins de soutien non satisfaits. Cependant, par rapport aux aidants de personnes atteints d'autres problèmes de santé, une proportion significativement plus élevée d'aidants de personnes avec des ITD ont décrit leurs expériences d'aidant comme étant gratifiantes.

Mots-clés : *troubles du développement, incapacités développementales, Enquête sociale générale, aidants, troubles neurodéveloppementaux, surveillance de la population, enquêtes et questionnaires*

Introduction

La prestation de soins non rémunérée est de plus en plus courante au Canada, en raison du vieillissement de la population, de la prévalence croissante des incapacités et de l'importance accrue accordée aux soins communautaires et à domicile^{1,2}. En 2018, environ une personne sur quatre âgée de 15 ans ou plus a fourni des soins de manière non rémunérée à un ami ou à un membre de sa famille avec un problème de santé de longue durée, une incapacité ou un problème lié au vieillissement au Canada³.

Si tous les aidants font face à des difficultés spécifiques, ceux qui soutiennent des personnes avec des incapacités développementales ou des troubles du développement (ITD) ont des expériences à part. Ces aidants (appelés « aidants de personnes

avec des ITD ») fournissent souvent un soutien continu qui évolue tout au long de la vie du bénéficiaire de soins^{4,5}. Leurs rôles sont importants et étendus, et ont une incidence sur la vie des enfants, des jeunes et des adultes avec des ITD^{4,6,7}.

Les ITD englobent un groupe d'affections caractérisées par des différences dans le développement physique, l'apprentissage, le langage ou le comportement, qui sont susceptibles de perturber le fonctionnement quotidien⁸. Les ITD se manifestent tôt dans la vie et durent tout au long de la vie d'une personne. Parmi les exemples courants, citons les incapacités intellectuelles, l'autisme, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, le syndrome de Down et la paralysie cérébrale.

Points saillants

- Les caractéristiques des aidants de personnes avec des incapacités ou des troubles du développement (ITD) ont été comparées à celles des aidants de personnes atteintes d'autres problèmes de santé et à celles des non-aidants.
- Par rapport aux non-aidants, une plus petite proportion d'aidants de personnes avec des ITD a déclaré que leur santé générale et leur santé mentale étaient optimales.
- De nombreux aidants de personnes avec des ITD ont déclaré se sentir inquiets ou anxieux, être fatigués et passer moins de temps à s'occuper d'eux-mêmes en raison de leurs responsabilités d'aidant.
- Près de la moitié des aidants de personnes avec des ITD ont fait état de besoins de soutien non satisfaits, en particulier en ce qui a trait à un soutien financier, à une aide gouvernementale ou des crédits d'impôt, à un répit occasionnel ou des services de répit ainsi qu'à des soins ou à un soutien à domicile.
- Malgré ces difficultés, une proportion significativement plus élevée d'aidants de personnes avec des ITD ont décrit leurs expériences d'aidant comme étant gratifiantes ou très gratifiantes par rapport aux autres aidants.

Rattachement des auteurs :

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

Correspondance : Sarah Palmeter, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; courriel : sarah.palmeter@phac-aspc.gc.ca

Des études basées sur la population du Canada ont révélé que les personnes s'occupant d'enfants avec des ITD signalent davantage de problèmes de santé et une moins bonne santé mentale que celles qui s'occupent d'enfants sans ITD^{9,10}. Des études basées sur la population dans d'autres pays font également état de moins bons résultats en matière de santé, de problèmes de santé mentale, de difficultés financières accrues et d'un bien-être moindre chez les aidants de personnes avec des ITD^{5,11}.

Pour mieux comprendre ces éléments, nous avons utilisé les données de l'Enquête sociale générale (ESG) – Les soins donnés et reçus de 2018¹² afin de connaître les caractéristiques des aidants d'enfants, de jeunes et d'adultes avec des ITD au Canada et de décrire les répercussions de la prestation de soins sur ces aidants.

Méthodologie

Source des données et population à l'étude

L'ESG – Les soins donnés et reçus est une enquête nationale menée auprès de personnes de 15 ans et plus vivant dans les dix provinces du Canada¹². L'enquête de 2018 a permis de recueillir des renseignements sur les aidants principaux, c'est-à-dire les personnes qui ont fourni au cours des douze mois précédents de l'aide ou des soins à des membres de leur famille, à des amis ou à des voisins avec un problème de santé de longue durée, une incapacité physique ou mentale ou encore un problème lié au vieillissement. L'aide rémunérée ou l'aide fournie par l'intermédiaire d'un organisme n'ont pas été prises en compte dans cette enquête.

Notre étude portait sur les aidants principaux de personnes dont le « principal problème de santé pour lequel elles ont reçu de l'aide » était des « troubles ou déficiences développementaux (ou du développement) »¹².

L'échantillon complet non pondéré de l'ESG de 2018 était de 20258 personnes, dont 248 ont déclaré être aidants de personnes avec des ITD, 7416 être aidants de personnes atteintes de problèmes de santé autres que des ITD (appelées « autres aidants ») et 12 594 être non-aidants. Environ 1 % des entrevues avec des aidants et 2 % des entrevues avec des non-aidants ont été réalisées avec une personne interposée, dans les cas où le répondant ne parlait ni français ni anglais ou ne pouvait

pas participer à l'enquête pour des raisons de santé¹².

Analyse statistique

Des analyses descriptives ont été effectuées pour relever les caractéristiques sociodémographiques des aidants de personnes avec des ITD et des bénéficiaires de soins avec des ITD, le type de soins fournis, l'état de santé des aidants, les répercussions de la prestation de soins sur les aidants, les mesures de soutien à l'intention des aidants et les besoins en matière de soutien non satisfaits.

Toutes les estimations ont été pondérées pour être représentatives de toutes les personnes ne vivant pas en établissement, ayant 15 ans ou plus et vivant dans les dix provinces du Canada, au moyen des poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada pour cette enquête¹². Des méthodes *bootstrap* ont été utilisées pour calculer les estimations de la variance, les intervalles de confiance (IC) à 95 % et les coefficients de variation. Les estimations concernant les aidants de personnes avec des ITD ont été comparées aux estimations concernant les autres aidants ou, le cas échéant, les répondants à l'ESG qui n'étaient pas des aidants. Les IC à 95 % correspondants ont également été comparés, et ceux ne se chevauchant pas ont été considérés comme étant significativement différents d'un point de vue statistique.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du progiciel de statistique SAS Enterprise Guide, version 8.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

D'après les données de l'ESG de 2018, 4,5 % (IC à 95 % : 3,6 % à 5,3 %) des aidants ont prodigué des soins à un membre de leur famille ou à un ami avec une incapacité ou un trouble du développement. Dans le cadre de cette enquête, les ITD se classaient au septième rang des affections pour lesquelles des soins étaient le plus souvent prodigués, alors que la vieillesse ou la fragilité (22,7 %; 21,2 % à 24,3 %), le cancer (9,9 %; 8,8 % à 10,9 %) et les problèmes de santé mentale (9,7 %; 8,5 % à 11,0 %) occupaient les trois premiers rangs de ces affections (données non présentées).

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des aidants de personnes avec des ITD au moment de l'enquête

était de 45,7 ans, et 58,9 % d'entre eux étaient des femmes. Environ un cinquième d'entre eux ont déclaré appartenir à une minorité visible, 55,7 % avaient fait des études postsecondaires et 59,1 % avaient un emploi (tableau 1).

L'âge moyen des bénéficiaires de soins avec des ITD était de 22,5 ans (tableau 1). Près des deux tiers étaient de sexe masculin (64,2 %) et étaient enfants des aidants (62,2 %). Plus des trois quarts faisaient partie du même ménage que l'aidant (79,2 %) et avaient au moins un autre aidant, rémunéré ou non (83,9 %). Par rapport aux bénéficiaires de soins atteints d'autres problèmes de santé, ceux avec des ITD étaient significativement plus jeunes et significativement plus susceptibles d'être de sexe masculin, d'être enfants de l'aidant, de faire partie du même ménage que l'aidant et d'avoir au moins un autre aidant.

Soins fournis

Les aidants de personnes avec des ITD ont fourni en moyenne 29 heures de soins par semaine (tableau 1), le plus souvent sous forme d'aide pour le transport (86,2 %); d'aide pour la préparation des repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture (80,0 %) et d'aide pour l'organisation et la planification des soins (60,5 %). Comparativement aux autres aidants, les aidants de personnes avec des ITD ont fourni beaucoup plus d'heures de soins par semaine (29,1 contre 13,4 heures) et étaient beaucoup plus susceptibles de fournir chaque type de soins.

État de santé

Moins de la moitié des aidants de personnes avec des ITD ont déclaré que leur santé générale et leur santé mentale étaient excellentes ou très bonnes (respectivement 40,5 % et 45,7 %) et seulement un quart d'entre eux ont déclaré que la plupart de leurs journées n'étaient pas du tout stressantes ou pas très stressantes (tableau 1). Cependant, plus des trois quarts ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits de la vie (77,2 %) et environ la moitié ont indiqué qu'ils étaient heureux et intéressés par la vie (50,9 %). Par rapport aux non-aidants, les aidants de personnes avec des ITD ont fait état d'une santé générale et d'une santé mentale moins optimales, d'un stress plus important et d'une satisfaction et d'un bonheur moindres dans la vie.

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques, soins prodigués, état de santé, répercussions de la prestation de soins,
mesures de soutien et besoins de soutien non satisfaits associés aux aidants de personnes avec des ITD^a, aux autres aidants^b
et aux non-aidants^c, Canada (à l'exclusion des territoires), 2018

Variable	Aidants de personnes avec des ITD ^a % (IC à 95 %)	Autres aidants ^b % (IC à 95 %)	Non-aidants ^c % (IC à 95 %)
Caractéristiques sociodémographiques			
Âge moyen, en années	45,7 (42,3 à 49,2)	49,2 (48,4 à 49,9)	46,1 (45,9 à 46,3)
Sexe			
Féminin	58,9 (48,6 à 69,2)	53,8 (52,0 à 55,5)	49,5 (48,9 à 50,1)
Masculin	41,1 (30,8 à 51,4)	46,2 (44,5 à 48,0)	50,5 (49,9 à 51,1)
Origine ethnique^d			
Appartient à une minorité visible	20,8 (12,3 à 29,2) ^E	16,7 (15,0 à 18,4)	25,0 (23,8 à 26,1)
N'appartient pas à une minorité visible	79,2 (70,8 à 87,7)	83,3 (81,6 à 85,0)	75,0 (73,9 à 76,2)
Plus haut niveau de scolarité			
Études secondaires ou moins	44,3 (33,8 à 54,9)	36,6 (34,7 à 38,5)	42,2 (41,0 à 43,3)
Études postsecondaires	55,7 (45,1 à 66,2)	63,4 (61,5 à 65,3)	57,8 (56,7 à 59,0)
Emploi			
Employé (a travaillé ou s'est absenté d'un emploi au cours de la semaine précédente)	59,1 (48,6 à 69,6)	61,2 (59,5 à 63,0)	61,3 (60,2 à 62,4)
Chômeur (n'avait pas d'emploi au cours de la semaine précédente)	40,9 (30,4 à 51,4)	38,8 (37,0 à 40,5)	38,7 (37,6 à 39,8)
Âge moyen du bénéficiaire de soins, en années	22,5 (19,5 à 25,4)	68,9 (68,0 à 69,8)	S.O.
Sexe du bénéficiaire de soins			
Féminin	35,8 (26,0 à 45,6)	63,3 (61,5 à 65,1)	S.O.
Masculin	64,2 (54,4 à 74,0)	36,7 (34,9 à 38,5)	S.O.
Relation entre le bénéficiaire de soins et l'aidant			
Enfant de l'aidant	62,2 (52,8 à 71,7)	5,5 (4,7 à 6,2)	S.O.
Frère ou sœur de l'aidant	20,8 (11,5 à 30,0) ^E	4,7 (3,9 à 5,5)	S.O.
Petit-fils ou petite-fille de l'aidant	5,6 (2,4 à 8,8) ^E	F	S.O.
Autre ^e	11,4 (6,4 à 16,4) ^E	89,2 (88,1 à 90,4)	S.O.
Situation de vie			
L'aidant fait partie du même ménage que le bénéficiaire de soins	79,2 (72,3 à 86,1)	33,6 (31,7 à 35,5)	S.O.
L'aidant et le bénéficiaire de soins font partie de ménages différents	20,8 (13,9 à 27,7) ^E	66,4 (64,5 à 68,3)	S.O.
Soins fournis			
Le bénéficiaire de soins a au moins un autre aidant (rémunéré ou non)			
Oui	83,9 (76,3 à 91,6)	71,1 (69,3 à 73,0)	S.O.
Non ou ne sait pas	16,1 (8,4 à 23,7) ^E	28,9 (27,0 à 30,7)	S.O.
Nombre moyen d'heures de soins par semaine	29,1 (22,7 à 35,5)	13,4 (12,5 à 14,2)	S.O.
Aide pour le transport			
Oui	86,2 (79,1 à 93,3)	72,7 (70,9 à 74,4)	S.O.
Non	13,8 (6,7 à 20,9) ^E	27,3 (25,6 à 29,1)	S.O.
Aide pour la préparation des repas, la vaisselle, le ménage, la lessive ou la couture			
Oui	80,0 (72,4 à 87,5)	55,3 (53,5 à 57,1)	S.O.
Non	20,0 (12,5 à 27,6) ^E	44,7 (42,9 à 46,5)	S.O.
Aide pour l'organisation et la planification des soins			
Oui	60,5 (50,2 à 70,8)	39,9 (38,2 à 41,7)	S.O.
Non	39,5 (29,2 à 49,8)	60,1 (58,3 à 61,8)	S.O.
Aide pour les soins personnels			
Oui	58,8 (49,0 à 68,6)	27,7 (26,2 à 29,3)	S.O.
Non	41,2 (31,4 à 51,0)	72,3 (70,7 à 73,8)	S.O.

Suite à la page suivante

TABEAU 1 (suite)
Caractéristiques sociodémographiques, soins prodigués, état de santé, répercussions de la prestation de soins,
mesures de soutien et besoins de soutien non satisfaits associés aux aidants de personnes avec des ITD^a, aux autres aidants^b
et aux non-aidants^c, Canada (à l'exclusion des territoires), 2018

Variable	Aidants de personnes avec des ITD ^a % (IC à 95 %)	Autres aidants ^b % (IC à 95 %)	Non-aidants ^c % (IC à 95 %)
Aide pour la gestion des finances			
Oui	44,5 (34,9 à 54,2)	32,0 (30,3 à 33,7)	S.O.
Non	55,5 (45,8 à 65,1)	68,0 (66,3 à 69,7)	S.O.
Aide pour les procédures ou traitements médicaux			
Oui	37,5 (28,5 à 46,4)	26,0 (24,5 à 27,5)	S.O.
Non	62,5 (53,6 à 71,5)	74,0 (72,5 à 75,5)	S.O.
État de santé			
Santé générale			
Excellente/très bonne	40,5 (30,7 à 50,4)	48,5 (46,6 à 50,3)	58,6 (57,3 à 59,9)
Bonne	41,9 (32,0 à 51,8)	34,4 (32,7 à 36,1)	30,1 (28,9 à 31,3)
Passable/mauvaise	17,5 (11,1 à 24,0) ^E	17,1 (15,8 à 18,5)	11,3 (10,6 à 12,1)
Santé mentale			
Excellente/très bonne	45,7 (36,1 à 55,3)	51,9 (50,1 à 53,7)	64,1 (62,7 à 65,4)
Bonne	32,8 (24,1 à 41,5)	32,5 (30,8 à 34,2)	26,5 (25,3 à 27,7)
Passable/mauvaise	21,5 (13,0 à 29,9) ^E	15,6 (14,2 à 17,0)	9,4 (8,6 à 10,2)
Stress			
Plupart des journées pas du tout stressantes/pas très stressantes	25,8 (16,1 à 35,5) ^E	28,1 (26,5 à 29,6)	37,4 (36,2 à 38,6)
Plupart des journées un peu stressantes	46,9 (37,2 à 56,5)	47,2 (45,4 à 49,0)	42,4 (41,2 à 43,6)
Plupart des journées assez ou extrêmement stressantes	27,3 (19,4 à 35,2)	24,7 (23,2 à 26,3)	20,1 (19,1 à 21,2)
Satisfaction à l'égard de la vie^f			
Satisfait/très satisfait	77,2 (69,9 à 84,5)	80,5 (79,0 à 82,0)	86,9 (86,0 à 87,8)
Ni satisfait, ni insatisfait	15,0 (8,4 à 21,7) ^E	10,2 (9,0 à 11,3)	7,2 (6,6 à 7,9)
Très insatisfait/insatisfait	7,8 (3,7 à 11,8) ^E	9,3 (8,2 à 10,5)	5,9 (5,2 à 6,5)
Bonheur^f			
Heureux et intéressé par la vie	50,9 (40,6 à 61,1)	58,4 (56,5 à 60,3)	64,4 (63,2 à 65,7)
Plutôt heureux	42,1 (31,9 à 52,4)	33,8 (31,9 à 35,7)	29,9 (28,7 à 31,1)
Plutôt malheureux/malheureux et peu intéressé à la vie/ si malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue	7,0 (2,7 à 11,3) ^E	7,8 (6,7 à 8,9)	5,6 (5,1 à 6,2)
Répercussions de la prestation de soins^d			
Se sent inquiet ou anxieux^e			
Oui	70,1 (59,0 à 81,2)	62,5 (60,3 à 64,7)	S.O.
Non	29,9 (18,8 à 41,0) ^E	37,5 (35,3 à 39,7)	S.O.
Se sent fatigué			
Oui	68,0 (57,3 à 78,6)	59,4 (57,2 à 61,7)	S.O.
Non	32,0 (21,4 à 42,7) ^E	40,6 (38,3 à 42,8)	S.O.
Se sent débordé^f			
Oui	57,8 (46,8 à 68,8)	42,5 (40,3 à 44,7)	S.O.
Non	42,2 (31,2 à 53,2)	57,5 (55,3 à 59,7)	S.O.
A des problèmes de sommeil^f			
Oui	48,6 (37,9 à 59,2)	41,1 (38,8 à 43,3)	S.O.
Non	51,4 (40,8 à 62,1)	58,9 (56,7 à 61,2)	S.O.
Se sent colérique ou irritable^f			
Oui	45,3 (34,8 à 55,8)	42,7 (40,5 à 44,9)	S.O.
Non	54,7 (44,2 à 65,2)	57,3 (55,1 à 59,5)	S.O.

Suite à la page suivante

TABEAU 1 (suite)
Caractéristiques sociodémographiques, soins prodigués, état de santé, répercussions de la prestation de soins,
mesures de soutien et besoins de soutien non satisfaits associés aux aidants de personnes avec des ITD^a, aux autres aidants^b
et aux non-aidants^c, Canada (à l'exclusion des territoires), 2018

Variable	Aidants de personnes avec des ITD ^a % (IC à 95 %)	Autres aidants ^b % (IC à 95 %)	Non-aidants ^c % (IC à 95 %)
Se sent déprimé^f			
Oui	28,7 (20,2 à 37,3)	26,1 (24,3 à 28,0)	S.O.
Non	71,3 (62,7 à 79,8)	73,9 (72,0 à 75,7)	S.O.
Se sent seul ou isolé^f			
Oui	24,5 (16,3 à 32,7) ^E	24,3 (22,5 à 26,2)	S.O.
Non	75,5 (67,3 à 83,7)	75,7 (73,8 à 77,5)	S.O.
Perd l'appétit^f			
Oui	15,6 (8,9 à 22,3) ^E	13,8 (12,4 à 15,2)	S.O.
Non	84,4 (77,7 à 91,1)	86,2 (84,8 à 87,6)	S.O.
Éprouve du ressentiment^f			
Oui	15,1 (8,6 à 21,6) ^E	25,2 (23,5 à 27,0)	S.O.
Non	84,9 (78,4 à 91,4)	74,8 (73,0 à 76,5)	S.O.
Mesure dans laquelle les expériences de prestation de soins ont été gratifiantes^f			
Très gratifiantes/gratifiantes	68,3 (58,5 à 78,1)	54,2 (52,0 à 56,5)	S.O.
Un peu ou pas du tout gratifiantes	31,7 (21,9 à 41,5)	45,8 (43,5 à 48,0)	S.O.
Passe moins de temps à se détendre ou à prendre soin de soi-même en raison de son rôle d'aidant			
Oui	67,0 (56,7 à 77,3)	58,7 (56,4 à 61,0)	S.O.
Non	33,0 (22,7 à 43,3)	41,3 (39,0 à 43,6)	S.O.
Mesures de soutien et besoins de soutien non satisfaits			
Le bénéficiaire de soins a également reçu l'aide de professionnels^h			
Oui	73,9 (64,0 à 83,7)	60,0 (58,0 à 62,1)	S.O.
Non ou ne sait pas	26,1 (16,3 à 36,0) ^E	40,0 (37,9 à 42,0)	S.O.
L'aidant a reçu un soutien dans ses tâches d'aidantⁱ			
Oui	87,4 (81,3 à 93,6)	70,7 (69,1 à 72,2)	S.O.
Non	12,6 (6,4 à 18,7) ^E	29,3 (27,8 à 30,9)	S.O.
Besoins de soutien non satisfaits^j			
Oui	46,8 (37,0 à 56,6)	29,6 (27,8 à 31,5)	S.O.
Non	53,2 (43,4 à 63,0)	70,4 (68,5 à 72,2)	S.O.

Source : Enquête sociale générale – Les soins donnés et reçus, 2018¹²

Abréviations : IC, intervalle de confiance; ITD, incapacités ou troubles du développement; S.O., sans objet.

Remarques : Les pourcentages et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées. L'IC à 95 % correspond à une plage de valeurs estimée dans laquelle la valeur réelle devrait se situer 19 fois sur 20.

^a Les « aidants de personnes avec des ITD » sont les aidants des personnes avec des incapacités ou des troubles du développement. Effectif non pondéré n = 248; effectif pondéré n = 333 869.

^b Les « autres aidants » sont les aidants de personnes atteintes de problèmes de santé autres que des incapacités ou des troubles du développement. Effectif non pondéré n = 7 416; effectif pondéré n = 7 438 728.

^c Les « non-aidants » sont les personnes qui n'étaient pas des aidants. Effectif non pondéré n = 12 594; effectif pondéré n = 22 982 588.

^d La *Loi sur l'équité en matière d'emploi* définit les minorités visibles comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche »¹³. En conséquence, les groupes de population ont été classés comme « appartient à une minorité visible » ou « n'appartient pas à une minorité visible ». Le groupe « n'appartient pas à une minorité visible » comprend les personnes qui se sont identifiées comme blanches, comme autochtones ou comme ayant des origines multiples, soit blanches et latino-américaines ou blanches et arabes/asiatiques occidentales¹⁴. Le groupe « minorité visible » comprend les Asiatiques du Sud, les Chinois, les Noirs, les Philippins, les Latino-Américains, les Arabes, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques de l'Ouest, les Coréens, les Japonais et d'autres¹⁴.

^e Comprend le conjoint/partenaire, l'ex-conjoint/ex-partenaire, le père, la mère, le grand-père, la grand-mère, le gendre, la bru, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère, la belle-sœur, le neveu, la nièce, l'oncle, la tante, le cousin, la cousine, l'ami proche, le voisin, le collègue de travail et autres.

^f Question posée uniquement aux répondants qui ont été interrogés sans personne interposée.

^g Question posée aux aidants qui ont fourni au moins 2 heures de soins par semaine.

^h Question posée uniquement aux aidants pour qui les bénéficiaires de soins ne vivaient pas en établissement.

ⁱ Inclus si les aidants ont reçu un soutien de l'une des manières suivantes : le conjoint ou le partenaire a modifié ses conditions de vie ou de travail; les enfants, les membres de la famille élargie, les amis proches ou les voisins, ou la communauté, la communauté spirituelle ou les groupes culturels ou ethniques ont fourni de l'aide; un répit occasionnel ou des services de répit ont été offerts; la famille ou les amis ont apporté un soutien financier, ou l'aidant a reçu de l'argent de programmes gouvernementaux ou s'est vu accorder des crédits d'impôt fédéraux.

^j Inclus si les aidants ont répondu « oui » à la question suivante : « Y a-t-il un autre type de soutien que vous aimeriez recevoir pour vous aider dans vos tâches d'aidant? »

^E À utiliser avec prudence.

^F Données trop peu fiables pour être publiées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).

Répercussions de la prestation de soins

Les aidants de personnes avec des ITD ont le plus souvent déclaré se sentir inquiets ou anxieux en raison de leurs responsabilités d'aidant (70,1 %), avoir des expériences d'aidant gratifiantes ou très gratifiantes (68,3 %), se sentir fatigués en raison de leurs tâches d'aidant (68,0 %) et passer moins de temps à se détendre ou à prendre soin d'eux-mêmes en raison de leur rôle d'aidant (67,0 %) (tableau 1). Bien que les autres aidants aient vécu des répercussions similaires, une proportion significativement plus élevée d'aidants de personnes avec des ITD a déclaré se sentir débordés (57,8 % contre 42,5 %). Inversement, une proportion significativement plus faible d'aidants de personnes avec des ITD a déclaré éprouver du ressentiment (15,1 % contre 25,2 % pour les autres aidants) et une proportion significativement plus élevée d'entre eux a estimé que la prestation de soins était très gratifiante ou gratifiante (68,3 % contre 54,2 % pour les autres aidants).

Mesures de soutien et besoins de soutien non satisfaits

Près des trois quarts (73,9 %) des bénéficiaires de soins avec des ITD qui ne vivaient pas en établissement ont également reçu l'aide de professionnels (travailleurs rémunérés ou organismes) et la plupart (84,7 %) des aidants de personnes avec des ITD ont reçu une forme quelconque de soutien pour les aider à accomplir leurs tâches d'aidant (tableau 1). Malgré cela, près de la moitié (46,8 %) des aidants de personnes avec des ITD ont fait état de besoins en matière de soutien non satisfaits, les plus fréquents étant les besoins en matière de soutien financier, d'aide gouvernementale ou de crédits d'impôt, de répit occasionnel ou de services de répit, de soins ou de soutien à domicile et de soutien émotionnel ou de counseling (figure 1). Par rapport aux autres aidants, une proportion significativement plus élevée d'aidants de personnes avec des ITD ont reçu l'aide de professionnels et une forme quelconque de soutien dans le cadre de leurs tâches d'aidant, mais avaient quand même des besoins en matière de soutien non satisfaits (tableau 1).

Analyse

Il s'agit de la première étude utilisant les données de l'ESG pour rendre compte des caractéristiques des aidants de personnes

avec des ITD au Canada et des répercussions de leurs expériences d'aidant. Nous avons constaté que la proportion d'aidants de personnes avec des ITD ayant une santé optimale était plus faible que la proportion de non-aidants ayant une santé optimale et que plus de deux tiers des aidants de personnes avec des ITD se sentaient inquiets ou anxieux et se sentaient fatigués en raison de leur rôle d'aidant. Près de la moitié d'entre eux ont également fait état de divers besoins de soutien non satisfaits, les plus fréquents étant les besoins en matière de soutien financier, de répit occasionnel ou de services de répit ainsi que de soins ou de soutien à domicile. Malgré ces difficultés, de nombreux aidants de personnes avec des ITD ont estimé que leurs expériences d'aidant étaient gratifiantes.

Des études canadiennes et internationales antérieures ont aussi montré que la prestation de soins à des personnes avec des ITD peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale et la santé physique des aidants, ces effets variant selon l'aidant, le bénéficiaire de soins, les caractéristiques et les circonstances familiales (comme le revenu de l'aidant, l'âge du bénéficiaire de soins et le nombre de bénéficiaires de soins ayant des incapacités dont chaque aidant s'occupe) ainsi que les obstacles à l'accès aux services et aux mesures de soutien^{5,9,10,11,15,16}. Nous avons constaté que les aidants de personnes avec des ITD étaient plus susceptibles que les autres aidants de prendre soin de leurs propres enfants et de personnes plus jeunes, de faire partie du même ménage que le bénéficiaire de soins et d'obtenir un soutien de la part d'au moins un autre aidant. Les aidants de personnes avec des ITD ont aussi fourni plus d'heures de soins par semaine que les autres aidants. Ces différences dans les caractéristiques sociodémographiques et dans les circonstances peuvent avoir des implications importantes sur l'expérience et les répercussions de la prestation de soins¹⁵. Cependant, l'exploration des facteurs spécifiques associés aux effets de la prestation de soins dépassait la portée de cette étude.

Des enquêtes antérieures ont mis en évidence des besoins de soutien non satisfaits à la fois pour les personnes avec des ITD et pour leurs aidants, et le fait d'avoir un soutien inadéquat expliquait en partie pourquoi les familles subissaient souvent des conséquences négatives découlant des incapacités de leurs enfants^{17,18}.

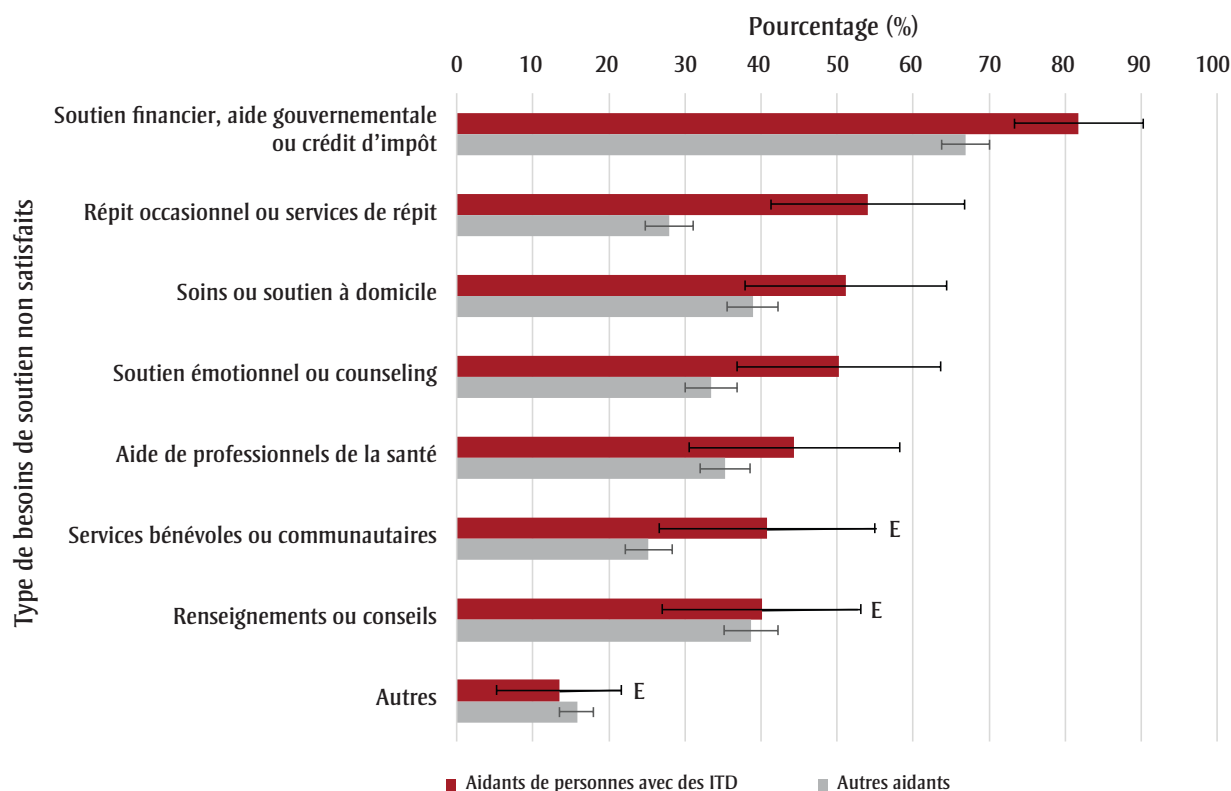
Une enquête récente auprès d'aidants a révélé que les besoins de soutien les plus fréquemment signalés étaient liés à la santé mentale et aux finances, avec des variations selon les groupes sociodémographiques¹. Notre étude a également révélé que le soutien financier était le besoin non satisfait le plus fréquemment signalé, suivi par les besoins en matière de répit occasionnel ou de services de répit, de soins ou de soutien à domicile, ainsi que de soutien émotionnel ou de counseling. Des crédits financiers^{19,21} et des services d'organismes qui fournissent des possibilités de formation, du soutien par les pairs et du counseling pour les aidants et qui défendent leurs intérêts sont offerts au Canada, mais l'admissibilité et l'accessibilité varient en fonction des situations des aidants.

Bien que la recherche soit souvent axée sur le fardeau de la prestation de soins, des études antérieures ont montré que les parents d'enfants avec des ITD font état d'aspects positifs de leurs expériences de prestation de soins, étant donné qu'ils considèrent leur enfant comme une source de bonheur ainsi que de force et de croissance personnelles et qu'ils entretiennent avec lui des liens familiaux étroits^{22,23}. Ces perceptions, qui correspondent à nos conclusions faisant état d'expériences de prestation de soins plus gratifiantes parmi les aidants de personnes avec des ITD, ont été liées à des stratégies d'adaptation saines des aidants et à un accès à des mesures de soutien à la prestation de soins²³.

Points forts et limites

Cette étude a été réalisée à l'aide des données de l'ESG de 2018, une vaste enquête auprès de la population dont les estimations pondérées sont représentatives de la population cible. Certaines limites méritent cependant d'être soulignées. Premièrement, l'enquête n'incluait pas les territoires, ce qui limite la généralisabilité des conclusions. Deuxièmement, la taille de l'échantillon de l'étude nous a empêchés de ventiler certaines caractéristiques sociodémographiques comme l'ethnicité et l'autochtonité. Troisièmement, l'enquête n'a pas pris en compte les différents types d'ITD, empêchant de ce fait l'exploration des différences de répercussions de ces différents types sur les expériences des aidants. Enfin, si des IC qui ne se chevauchent pas sont la preuve de différences significatives, des IC qui se chevauchent n'impliquent pas nécessairement une

FIGURE 1
Types de besoins de soutien non satisfaits chez les aidants, Canada (à l'exclusion des territoires), 2018



Source : Enquête sociale générale – Les soins donnés et reçus, 2018¹².

Abréviations : IC, intervalle de confiance; ITD, incapacités ou troubles du développement.

Remarques : Les pourcentages et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées. Les barres d'erreur représentent les IC à 95 % correspondants, définis comme étant des plages de valeurs estimées dans lesquelles la valeur réelle devrait se situer 19 fois sur 20. Les « aidants de personnes avec des ITD » sont les aidants de personnes avec des incapacités ou des troubles du développement et les « autres aidants » sont les aidants de personnes atteintes de problèmes de santé autres que des ITD.

^E À utiliser avec prudence.

absence de différence. Il demeure que l'utilisation de cette approche prudente permet de minimiser le risque de tirer des conclusions erronées sur le plan statistique. Le petit échantillon d'aidants de personnes avec des ITD a engendré de larges IC, ce qui a potentiellement limité notre capacité à détecter des différences significatives.

Les conclusions de cette étude reflètent les expériences des aidants de personnes avec des ITD avant la pandémie de COVID-19. La pandémie, en particulier à ses débuts, a souvent exacerbé les difficultés des aidants en désorganisant les routines, l'éducation, les services ou les mesures de soutien²⁴⁻²⁸.

Conclusion

Malgré la présence de répercussions négatives à la prestation de soins, comme une

détérioration de la santé générale et de la santé mentale, une proportion plus élevée d'aidants de personnes avec des ITD a décrit ses expériences d'aidant comme étant gratifiantes, par rapport aux autres aidants. Néanmoins, une grande proportion d'aidants de personnes avec des ITD avaient des besoins de soutien non satisfaits. Ces conclusions soulignent l'importance d'offrir des mesures de soutien et des services aux aidants de personnes avec des ITD afin de les aider à gérer les difficultés et afin de renforcer les aspects positifs de la prestation de soins.

Les futurs cycles de l'ESG permettront de surveiller l'évolution du fardeau que représente la prestation de soins pour cette population au fil du temps. Des recherches supplémentaires pourraient explorer les différents types de répercussions sur les aidants de personnes avec des types

différents d'ITD ainsi que les différences dans les expériences en fonction de l'aidant, du bénéficiaire de soins, des données sociodémographiques associées à la famille et des circonstances familiales.

Financement

Aucun.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteures et avis

SP : conception, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

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

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

Les trois auteures ont approuvé la version définitive du document.

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

Références

1. Klingbaum A, Lipsey A, O'Neill K. Être aidant au Canada : Sondage auprès des aidants et des fournisseurs de soins à travers le Canada. Toronto (Ont.) : Centre canadien d'excellence pour les aidants; 2024 [consultation le 30 oct. 2024]. En ligne à : <https://canadiancaregiving.org/fr/etre-aidant-au-canada/>
2. Hébert BP, Kevins C, Mofidi A, Morris S, Simionescu D, Thicke M. Rapports sur l'incapacité et l'accessibilité au Canada – Profil démographique, d'emploi et de revenu des personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus au Canada, 2022. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; le 28 mai 2024 [consultation le 30 oct. 2024]. N° 89-654-X2024001 au catalogue de Statistique Canada. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2024001-fra.htm>
3. Statistique Canada. Les aidants au Canada, 2018. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [modification le 10 janv. 2020; consultation le 30 oct. 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200108/dq200108a-fra.htm>
4. Burke MM, Rios K, Aleman-Tovar J, Lee CE, Arnold CK, Owen A. Exploring the nature and correlates of caregiving among parents of adults with intellectual and developmental disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(6):1259-1267. <https://doi.org/10.1111/jar.12745>
5. Seltzer MM, Floyd F, Song J, Greenberg J, Hong J. Midlife and aging parents of adults with intellectual and developmental disabilities: impacts of life-long parenting. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2011;116(6):479-499. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-116.6.479>
6. Hart KM, Neil N. Down syndrome caregivers' support needs: a mixed-method participatory approach. *J Intellect Disabil Res*. 2021;65(1):60-76. <https://doi.org/10.1111/jir.12791>
7. Currie G, Szabo J. "It is like a jungle gym, and everything is under construction": the parent's perspective of caring for a child with a rare disease. *Child Care Health Dev*. 2019;45(1):96-103. <https://doi.org/10.1111/cch.12628>
8. US Centers for Disease Control and Prevention. Developmental disability basics [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 2024 [consultation le 30 oct. 2024]. En ligne à : https://www.cdc.gov/child-development/about/developmental-disability-basics.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/facts.html
9. Lach LM, Kohen DE, Garner RE, Brehaut JC, Miller AR, Klassen AF, et al. The health and psychosocial functioning of caregivers of children with neurodevelopmental disorders. *Disabil Rehabil*. 2009;31(9):741-752. <https://doi.org/10.1080/08916930802354948>
10. Marquis SM, McGrail K, Hayes M. Mental health of parents of children with a developmental disability in British Columbia, Canada. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(2):173-178. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211698>
11. Totsika V, Hastings RP, Vagenas D. Informal caregivers of people with an intellectual disability in England: health, quality of life and impact of caring. *Health Soc Care Community*. 2017; 25(3):951-961. <https://doi.org/10.1111/hsc.12393>
12. Statistique Canada. Enquête sociale générale – Les soins donnés et reçus (ESG) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [modification le 29 mars 2018; consultation le 30 oct. 2024]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4502
13. Loi sur l'équité en matière d'emploi (L.C. 1995, ch. 44) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ministère de la Justice; 1995 [consultation le 12 juill. 2024]. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/e-5.401/>
14. Statistique Canada. Guide de référence sur les minorités visibles et le groupe de population, Recensement de la population, 2016 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [modification le 3 janv. 2019; consultation le 12 juill. 2024]. N° 98-500-X2016006 au catalogue de Statistique Canada. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/guides/006/98-500-x2016006-fra.cfm>
15. Marquis S, Hayes MV, McGrail K. Factors affecting the health of caregivers of children who have an intellectual/developmental disability. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2019;16(3):201-216. <https://doi.org/10.1111/jppi.12283>
16. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(7):1278-1291. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z>
17. Gardiner E, Miller AR, Lach LM. Service adequacy and the relation between child behavior problems and negative family impact reported by primary caregivers of children with neurodevelopmental conditions. *Res Dev Disabil*. 2020;104:103712. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103712>
18. Nicholas DB, MacCulloch R, Roberts W, Zwaigenbaum L, McKeever P. Tensions in maternal care for children, youth, and adults with autism spectrum disorder. *Glob Qual Nurs Res*. 2020;7:2333393620907588. <https://doi.org/10.1177/2333393620907588>
19. Agence du revenu du Canada. Crédit canadien pour aidant naturel [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [modification le 21 janv. 2025; consultation le 21 mars 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/sujets/tout-votre-declaration-revenus/declaration-revenus/remplir-declaration-revenus/deductions-credits-depenses/montant-aidants-naturels.html>

20. Agence du revenu du Canada. Prestation pour enfants handicapés (PEH) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [modification le 18 mars 2025; consultation le 21 mars 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/prestations-enfants-familles/prestation-enfants-handicapes.html>
21. Agence du revenu du Canada. Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [modification le 30 janv. 2025; consultation le 21 mars 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/segments/deductions-credits-impot-personnes-handicapees/credit-impot-personnes-handicapees/admissible-ciph.html>
22. Hastings RP, Allen R, McDermott K, Still D. Factors related to positive perceptions in mothers of children with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2002;15(3):269-275. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00104.x>
23. Beighton C, Wills J. Are parents identifying positive aspects to parenting their child with an intellectual disability or are they just coping? A qualitative exploration. *J Intellect Disabil*. 2017;21(4):325-345. <https://doi.org/10.1177/1744629516656073>
24. Martinsone B, Tzivian L. Differences in stress and coping during the COVID-19 pandemic in families with and without children with developmental disorders or chronic conditions. *Front Public Health*. 2021;20:9:704577. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.704577>
25. Wang C. Mental health and social support of caregivers of children and adolescents with ASD and other developmental disorders during COVID-19 pandemic. *J Affect Disord Rep*. 2021;6:100242. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100242>
26. Teixeira OF, Xavier SP, Félix ND, Silva JW, Abreu RM, Miranda KC. Repercussions of the COVID-19 pandemic for people with autism and their family members: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3729. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5965.3729>
27. Chan RC, Fung SC. Elevated levels of COVID-19-related stress and mental health problems among parents of children with developmental disorders during the pandemic. *J Autism Dev Disord*. 2022;52:1314-1325. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05004-w>
28. Majnemer A, McGrath PJ, Baumbusch J, Camden C, Fallon B, Lunskey Y, et al. Time to be counted: COVID-19 and intellectual and developmental disabilities—an RSC Policy Briefing. *Facets*. 2021;6. <https://doi.org/10.1139/facets-2021-0038>

Autres publications de l'ASPC

[Annonce](#) dans la Revue PSPMC
mis 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 et 2025.

Cohen A, **Lang JJ**, **Prince SA**, Colley RC, Tremblay MS, Chaput JP. Les adolescents qui font de l'activité physique avec leurs parents sont-ils plus actifs et ont-ils une meilleure santé mentale? Rapports sur la santé. 2025;36(1):21-37. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202500100002-fra>

Doan N, **Srugo SA**, **Prince SA**, Colley RC, Rainham DG, Manyanga T, **Butler GP**, [...] **Lang JJ**. Independent and joint associations of neighbourhood greenness and walkability with transportation and recreational physical activity among youth and adults in Canada. Prev Med Rep. 2025;50:102974. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.102974>

Fortier J, Salmon S, Taillieu T, Stewart-Tufescu A, Macmillan HL, **Tonmyr L**, et al. Parents' COVID-19 stressors and associations with self-rated health, symptoms of mental health problems, and substance use: a cross-sectional study. Facets. 2025;10:1-13. <https://doi.org/10.1139/facets-2023-016>

McIsaac DI, Kidd G, Gillis C, Branje K, Al-Bayati M, Baxi A, [...], **Boland L**, et al. Relative efficacy of prehabilitation interventions and their components: systematic review with network and component network meta-analyses of randomised controlled trials. BMJ. 2025;388:e081164. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-081164>

McKinnon B, **Jahan R**, **Mazza J**. Social inequalities in youth mental health in Canada, 2007–2022: a population-based repeated cross-sectional study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2025. <https://doi.org/10.1101/2024.05.03.24306830>

O'Neill CD, **Prince SA**, Mitra M, Reed JL. Considerations for assessing physical activity in those at risk of and living with cardiovascular disease. Can J Cardiol. 2025;41(3):553-557. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2024.12.011>

Plebon-Huff S, **Haji-Mohamed H**, **Gardiner H**, **Ghanem S**, **Koh J**, **LeBlanc AG**. Contextualization of diabetes: a review of reviews from Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. Curr Diab Rep. 2025;25(1):19. <https://doi.org/10.1007/s11892-024-01574-y>

Singh B, Cadenas-Sanchez C, da Costa BG, Castro-Piñero J, Chaput JP, Cuenca-García M, [...] **Lang JJ**, et al. Comparison of objectively measured and estimated cardiorespiratory fitness to predict all-cause and cardiovascular disease mortality in adults: a systematic review and meta-analysis of 42 studies representing 35 cohorts and 3.8 million observations. J Sport Health Sci. 2024;14:100986. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2024.100986>

Veroniki AA, Hutton B, **Stevens A**, McKenzie JE, Page MJ, Moher D, et al. Update to the PRISMA guidelines for network meta-analyses and scoping reviews and development of guidelines for rapid reviews: a scoping review protocol. JBI Evid Synth. 2025; 23(3):517-526. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00308>

Weiler HA, Cooper M, Bertinato J, Hopperton KE, McCrea J, Rana H, [...] **Nicholson C**, et al. Adherence to introduction of iron-rich solid foods recommendations for infants: an analysis of Canadian Community Health Survey data using cycles 2015–2018. J Nutr. 2024:S0022-3166(24)01253-7. <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2024.12.026>

Yin CY, Talarico R, **Scott MM**, Hakimjavadi R, Kierulf J, Webber C, et al. Development of a predictive model for loss of functional and cognitive abilities in long-term care home residents: a protocol. BMJ Open. 2025;15(1):e086935. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086935>

