

Recherche quantitative originale

Estimations sexospécifiques de la santé mentale positive chez les jeunes avant et pendant la pandémie de COVID-19 au Canada

Florence Lafontaine-Poissant, M. Sc.; Laura L. Ooi, Ph. D.; Karen C. Roberts, M. Sc.; Melanie Varin, M. Sc.

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

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



Résumé

Introduction. La santé mentale positive est une composante essentielle de la santé mentale et du bien-être. Alors que les données à l'échelle de la population révèlent une diminution de la santé mentale positive chez les jeunes pendant la pandémie de COVID-19, les différences entre les sexes sont demeurées inexplorées.

Méthodologie. Nous avons utilisé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2017, 2019 et 2021 pour explorer la santé mentale positive des jeunes (de 12 à 17 ans) avant et pendant la pandémie de COVID-19. La prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée (SMAE) et la satisfaction moyenne à l'égard de la vie ont été calculées en fonction du sexe pour chaque année et ont été ventilées par caractéristique sociodémographique. Les différences entre les années ont été quantifiées, et la signification statistique a été déterminée à l'aide de tests t ($p < 0,004$ après correction de Bonferroni).

Résultats. Entre 2019 et 2021, on a observé une diminution statistiquement significative de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE (de 66,4 % à 52,3 %) et de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie (de 8,7 à 8,2) chez les filles, un déclin qui a été observé de manière générale et dans la plupart des groupes sociodémographiques. En ce qui concerne les garçons, aucune diminution notable n'a été observée de manière générale. Après ventilation, une diminution statistiquement significative de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE a été observée entre 2019 et 2021 chez les garçons vivant au Québec et chez les garçons non-immigrants. Il n'y a pas eu d'évolution statistiquement significative en ce qui concerne la prévalence d'un niveau élevé de SMAE ou la satisfaction moyenne à l'égard de la vie entre 2017 et 2019. Les différences sexospécifiques associées à la santé mentale positive ont varié en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Conclusion. La santé mentale positive des filles semble avoir été davantage affectée pendant la pandémie de COVID-19 que celle des garçons. Des différences sexospécifiques ont été observées au sein des divers groupes sociodémographiques en ce qui concerne la santé mentale positive, ce qui laisse entendre que les jeunes n'ont pas tous été affectés de la même manière. Il faudra exercer une surveillance continue avec une optique intersectionnelle pour mieux orienter les stratégies en matière de santé publique.

Mots clés : *santé mentale autoévaluée, satisfaction à l'égard de la vie, jeunes, différences entre les sexes, COVID-19, Canada*

Points saillants

- Dans l'ensemble, des diminutions statistiquement significatives de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée (de 66,4 % à 52,3 %) et de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie (de 8,7 à 8,2) ont été observées chez les filles entre 2019 et 2021, mais pas chez les garçons.
- Il n'y a pas eu de changements de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée ou de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie entre 2017 et 2019, suggérant que la pandémie de COVID-19 et ses répercussions à plus grande échelle pourraient avoir contribué à la diminution observée en 2021.
- Des diminutions statistiquement significatives de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée ont été observées chez les garçons qui s'identifiaient comme non immigrants ou qui vivaient au Québec.
- Chez les filles, des diminutions statistiquement significatives de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée ou de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie ont été observées pour toutes les caractéristiques sociodémographiques, à l'exception du groupe ethnique ou culturel.

Rattachement des auteurs :

Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (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

La santé mentale positive est définie par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) comme étant «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. La santé mentale positive, qui est une priorité pour le Canada², est une composante clé de la santé mentale³ et peut affecter la santé physique⁴.

En 2016, l'ASPC a publié le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (CISSMP) pour surveiller la santé mentale positive et les facteurs de risque et de protection connexes⁵. Le CISSMP est un outil qui fournit un aperçu de l'état de la santé mentale positive chez les adultes (de 18 ans ou plus) et chez les jeunes (de 12 à 17 ans) au Canada, ce qui permet d'orienter les initiatives et les politiques de promotion de la santé publique^{5,6}. La surveillance de la santé mentale positive est importante du point de vue de la santé publique, car le développement des compétences et des attributs associés à la santé mentale positive peut conduire à une amélioration dans toute une série de facteurs, notamment la santé physique, la prévention de l'apparition de problèmes de santé mentale, le renforcement des communautés et l'amélioration de la qualité de vie¹.

La plupart des articles scientifiques publiés sur la santé mentale positive sont axés sur les adultes. Or l'adolescence forme une période du développement à part pour ce qui est de l'étude de la santé mentale positive et de ses déterminants. En effet, d'importants changements cognitifs, physiques, sociaux et émotionnels surviennent au cours de l'adolescence⁷ et les contextes ainsi que les difficultés auxquels les jeunes sont confrontés sont souvent différents de ceux des adultes. Bien que cela puisse en faire une période de vulnérabilité accrue aux problèmes de santé mentale⁸, l'adolescence est aussi une période propice à l'acquisition de compétences et d'expériences qui peuvent contribuer au bien-être⁹. Par exemple, selon une étude menée aux États-Unis, les jeunes qui avaient une santé mentale positive étaient considérablement plus susceptibles d'avoir un meilleur fonctionnement psychosocial, comme la capacité d'entretenir des relations plus étroites avec les autres, de mieux s'intégrer à

l'école et d'avoir moins de problèmes de comportement¹⁰. En outre, une santé mentale positive chez les jeunes peut conduire à une meilleure perception de la santé et à une réduction des comportements à risque sur le plan de la santé¹¹. Ainsi, la surveillance de la santé mentale positive chez les jeunes est importante pour éclairer les orientations en matière de santé publique, en particulier lors de crises telles que la pandémie de COVID-19.

Pour éviter la propagation de la COVID-19, des mesures de santé publique (comme la distanciation physique et la fermeture des écoles) ont été mises en œuvre au Canada à partir de mars 2020. Ces mesures, ainsi que d'autres défis découlant de la pandémie mondiale (notamment les préoccupations en matière de santé, le chômage, l'isolement, la COVID longue, etc.), ont affecté la santé mentale de la population canadienne¹²⁻¹⁷. En effet, une diminution a été observée entre 2020 et 2021 en ce qui concerne plusieurs dimensions de la santé mentale positive (niveau élevé de santé mentale autoévaluée [SMAE], satisfaction moyenne à l'égard de la vie, fort sentiment d'appartenance à la communauté) chez les adultes canadiens^{15,16}.

Des effets similaires ont été observés à l'échelle de la population pour ce qui est de la santé mentale positive des jeunes. Au Canada, les fermetures d'écoles ont touché 5,7 millions d'enfants et de jeunes, entraînant une perte de structure et une perturbation des routines et des liens sociaux¹⁸⁻²⁰. Ces changements ont pu entraîner une augmentation des sentiments d'inquiétude, d'impuissance, de dépression et de solitude¹⁸⁻²⁰. L'isolement social et la baisse de la fréquence des activités protectrices, comme l'activité physique et le fait de voir des amis, pourraient avoir eu de nombreux effets néfastes sur la santé mentale des jeunes²⁰. En effet, une plus petite proportion de jeunes au Canada a déclaré avoir un niveau élevé de SMAE en 2021 (62 %) par rapport à 2019 (72 %) et à 2017 (76 %) ⁶. À la suite d'une analyse rapide, des chercheurs ont observé que six études longitudinales révélaient une diminution statistiquement significative du bien-être et de la satisfaction à l'égard de la vie chez les jeunes pendant la pandémie par rapport à la période pré-pandémique²¹. Dans l'ensemble, la pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique qui en ont découlé semblent avoir affecté la santé mentale positive des jeunes.

Si les données à l'échelle nationale indiquent que, dans l'ensemble, la santé mentale positive des jeunes Canadiens avait commencé à décliner avant même la pandémie⁶, il faut également tenir compte de certaines différences entre les sexes. Plus précisément, moins de filles que de garçons avaient un niveau élevé de SMAE aussi bien avant que pendant la pandémie⁶. De plus, des disparités dans les dimensions de la santé mentale ont été observées chez certaines populations de jeunes avant la pandémie de COVID-19. Par exemple, la satisfaction à l'égard de la vie était moins élevée chez les élèves de la 6^e à la 10^e année ayant un statut socioéconomique supérieur que chez ceux ayant un statut socioéconomique inférieur²². Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur les différences entre les sexes en matière de santé mentale positive chez les jeunes en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques. Il est nécessaire de combler cette lacune relative aux données afin de mieux comprendre les éventuelles différences entre les sexes en matière de santé mentale positive chez les jeunes Canadiens. En outre, il est essentiel de comprendre comment les inégalités peuvent affecter la santé mentale positive des jeunes afin d'adapter les efforts en matière de promotion de la santé mentale et d'élaborer des initiatives ciblées de sensibilisation et de communication à l'intention du public.

Par conséquent, les objectifs de cette étude étaient 1) de fournir des estimations sexospécifiques et représentatives à l'échelle nationale de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE et de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie avant (2017 et 2019) et pendant (2021) la pandémie; 2) de présenter des estimations sexospécifiques ventilées par caractéristique socio-démographique pour rendre compte des identités intersectionnelles et 3) de déterminer s'il y a eu des changements statistiquement significatifs en ce qui concerne les dimensions de la santé mentale positive chez les garçons et les filles, à l'échelle nationale et parmi les groupes au cours de la période d'étude.

Méthodologie

Données et participants

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2017, 2019 et 2021²³⁻²⁵. L'ESCC est une enquête transversale nationale

menée chaque année auprès des personnes de 12 ans ou plus vivant dans l'une des dix provinces ou dans l'un des trois territoires du Canada²³⁻²⁵. Les personnes vivant dans une réserve ou une autre communauté autochtone dans les provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les personnes vivant en établissement et les personnes vivant dans les régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, au Québec, ont été exclus de la population cible de cette enquête²³⁻²⁵. Ces exclusions représentent moins de 3 % de la population canadienne²³⁻²⁵. Les répondants à l'enquête ont été sélectionnés à l'aide d'une technique d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés²³⁻²⁵. Ils ont participé à l'ESCC de leur plein gré, dans le cadre d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur ou d'un entretien en personne²³⁻²⁵. Nous avons limité les données aux jeunes de 12 à 17 ans vivant dans l'une des 10 provinces, du fait de l'utilisation d'années d'enquête uniques, ce qui a produit une taille d'échantillon finale de 4 207 personnes en 2017, de 3 609 personnes en 2019 et de 3 283 personnes en 2021²³⁻²⁵.

Mesures

Dimensions de la santé mentale positive

Pour mesurer la SMAE, on a demandé aux participants comment ils décriraient leur santé mentale. Les réponses possibles étaient «excellente», «très bonne», «bonne», «passable» et «mauvaise». Ceux qui avaient choisi «excellente» et «très bonne» ont été considérés comme ayant un niveau élevé de SMAE. Pour mesurer la satisfaction à l'égard de la vie, on a demandé aux participants quel sentiment ils éprouvaient présentement par rapport à leur vie sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait). La satisfaction à l'égard de la vie a été analysée comme une variable continue. Ces deux dimensions de la santé mentale positive reposent sur les définitions et les mesures du CISSMP pour les jeunes⁶.

Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques sélectionnées pour notre étude ont été le sexe (féminin, masculin; ci-après dénommés filles et garçons), le quintile de revenu du ménage, la région de résidence (Colombie-Britannique, Prairies [Alberta, Saskatchewan, Manitoba], provinces de l'Atlantique [Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador], Ontario, Québec), le statut vis-à-vis de

l'immigration (oui, non), le milieu de résidence (centre de population, zone rurale) et le groupe ethnique ou culturel (Autochtone, Noir, Asiatique de l'Est et du Sud-Est, Asiatique du Sud, Arabe et Asiatique de l'Ouest, Latino-Américain, Blanc). La variable calculée sur le quintile de revenu des ménages (INCDVRCA), créée par Statistique Canada, a été modifiée pour rapporter le quintile de la suffisance du revenu du ménage²³⁻²⁵. Le milieu de résidence a été déterminé à partir du code postal des participants²³⁻²⁵. Les personnes vivant dans une zone bâtie comptant au moins 1 000 habitants et ayant une densité de population d'au moins 400 habitants par km² ont été considérées comme vivant dans un centre de population²³⁻²⁵.

Analyses

Toutes les statistiques descriptives ont été calculées à l'aide du progiciel Statistical Analysis System (SAS EG), version 7.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis). La prévalence d'un niveau élevé de SMAE et les estimations de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie ont été calculées en fonction du sexe, de façon nationale et par caractéristique sociodémographique. Les estimations ont été pondérées à l'aide de poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada. Nous avons estimé les coefficients de variation et les intervalles de confiance (IC) à 95 % en utilisant une pondération *bootstrap* (1 000 répétitions). Les estimations sexospécifiques de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et la prévalence d'un niveau élevé de SMAE en 2017, 2019 et 2021 ont été comparées, en utilisant les différences statistiquement significatives établies à l'aide de tests *t*. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, les différences sexospécifiques ont été établies par régression logistique ou régression linéaire non ajustée. Une correction de Bonferroni a été utilisée pour corriger les erreurs de type 1 lorsque plusieurs modèles ont été exécutés (p. ex. par sexe et par groupe d'âge). Les valeurs *p* ont été considérées comme statistiquement significatives si elles étaient inférieures à 0,004 (0,05/2 × 6; nous avons multiplié 2 par 6, car nous avons deux groupes de sexe et six catégories ventilées [en tenant compte des estimations nationales]).

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Les statistiques descriptives stratifiées en fonction du sexe sont présentées dans le

tableau 1. Pour les trois années que nous avons ciblées, la plupart des jeunes à l'étude vivaient en Ontario ou au Québec, vivaient dans un centre de population, n'étaient pas immigrants et s'identifiaient comme blancs. Sur l'ensemble des trois années, il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les garçons et les filles pour les caractéristiques de l'échantillon.

Estimations sexospécifiques de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE avant et pendant la pandémie

Les estimations sexospécifiques de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE figurent dans le tableau 2. (Les changements absolus en ce qui concerne les estimations sexospécifiques de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée sont présentés plus loin, dans le tableau 4.)

Différences entre les sexes

En 2017, 2019 et 2021, la prévalence d'un niveau élevé de SMAE était considérablement moins élevée chez les filles que chez les garçons. Pour ces trois années, la prévalence d'un niveau élevé de SMAE était significativement moins élevée chez les filles vivant dans un centre de population et s'identifiant comme non immigrantes que chez les garçons. En 2019 et en 2021, cette prévalence était considérablement moins élevée chez les filles se situant dans le quatrième quintile de revenu et s'identifiant comme blanches que chez les garçons. En 2019, elle était considérablement moins élevée chez les filles vivant au Québec ou dans une province de l'Atlantique que chez les garçons. En 2021, les filles se situant dans le deuxième, le troisième ou le cinquième quintile de revenu, les filles vivant en Colombie-Britannique, en Ontario, dans les Prairies ou dans une zone rurale et les filles immigrantes ont déclaré une prévalence plus faible d'un niveau élevé de SMAE que les garçons.

Garçons

En 2021, la prévalence d'un niveau élevé de SMAE était considérablement plus élevée chez les garçons qui s'identifiaient comme immigrants (82,2 %) que chez ceux qui ne s'identifiaient pas comme tels (69,8 %). Aucune différence statistiquement significative de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE n'a été observée en fonction du quintile de revenu, de la région, du milieu de résidence ou du

TABEAU 1
Caractéristiques descriptives, stratifiées par sexe, ESCC de 2017, 2019 et 2021

Variables	2017 % (IC à 95 %)		2019 % (IC à 95 %)		2021 % (IC à 95 %)		
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	
Total non pondéré	2 156	2 051	1 836	1 773	1 703	1 580	
Total pondéré	1 147 311	1 087 876	1 171 489	1 115 051	1 224 882	1 179 889	
Quintile de revenu du ménage	Q1 (le moins élevé)	24,5 (21,4 à 27,5)	27,7 (24,6 à 30,8)	18,2 (15,4 à 21,1)	21,9 (18,9 à 24,9)	23,6 (20,2 à 26,9)	21,3 (18,6 à 24,0)
	Q2	21,4 (18,9 à 23,9)	18,3 (16,0 à 20,6)	21,7 (18,9 à 24,6)	22,0 (19,0 à 25,0)	19,7 (16,4 à 23,0)	21,6 (18,5 à 24,8)
	Q3	18,3 (16,1 à 20,5)	18,2 (16,1 à 20,4)	23,9 (20,9 à 26,9)	20,0 (17,3 à 22,8)	22,3 (19,2 à 25,4)	22,0 (18,8 à 25,2)
	Q4	20,2 (18,0 à 22,5)	20,1 (17,6 à 22,6)	20,5 (17,8 à 23,2)	21,6 (18,8 à 24,4)	18,2 (15,5 à 21,0)	17,9 (15,0 à 20,7)
	Q5 (le plus élevé)	15,6 (13,6 à 17,7)	15,7 (13,5 à 17,9)	15,6 (13,4 à 17,8)	14,5 (12,0 à 17,0)	16,2 (13,7 à 18,7)	17,2 (14,5 à 19,8)
Région	Colombie-Britannique	12,7 (12,7 à 12,7)	12,7 (12,7 à 12,7)	12,6 (12,6 à 12,6)	12,5 (12,5 à 12,5)	12,4 (12,4 à 12,4)	12,4 (12,4 à 12,4)
	Prairies	19,6 (19,6 à 19,6)	19,5 (19,5 à 19,5)	19,8 (19,8 à 19,8)	19,7 (19,7 à 19,7)	20,1 (20,0 à 20,2)	20,2 (20,2 à 20,3)
	Ontario	40,5 (40,5 à 40,5)	40,5 (40,5 à 40,5)	40,3 (40,3 à 40,3)	40,3 (40,3 à 40,3)	39,8 (39,7 à 39,8)	39,7 (39,6 à 39,8)
	Québec	20,9 (20,9 à 20,9)	21,0 (21,0 à 21,0)	21,2 (21,2 à 21,2)	21,3 (21,3 à 21,3)	21,6 (21,5 à 21,6)	21,6 (21,6 à 21,6)
	Atlantique	6,3 (6,3 à 6,3)	6,3 (6,3 à 6,3)	6,2 (6,2 à 6,2)	6,2 (6,2 à 6,2)	6,2 (6,1 à 6,3)	6,0 (5,9 à 6,1)
Milieu de résidence	Centre de population	80,6 (78,9 à 82,3)	81,6 (79,9 à 83,4)	80,8 (78,9 à 82,7)	82,1 (80,2 à 84,0)	80,1 (78,1 à 82,1)	84,6 (82,9 à 86,2)
	Zone rurale	19,4 (17,7 à 21,1)	18,4 (16,6 à 20,1)	19,2 (17,3 à 21,1)	17,9 (16,0 à 19,8)	19,9 (17,9 à 21,9)	15,4 (13,8 à 17,1)
Immigration	Oui	15,4 (13,1 à 17,8)	15,1 (12,9 à 17,4)	16,5 (13,8 à 19,2)	14,3 (11,8 à 16,9)	16,3 (13,5 à 19,1)	14,1 (11,3 à 16,9)
	Non	84,6 (82,2 à 86,9)	84,9 (82,6 à 87,1)	83,5 (80,8 à 86,2)	85,7 (83,1 à 88,2)	83,7 (80,9 à 86,5)	85,9 (83,1 à 88,7)
Origine ethnique ou culturelle	Blanc	62,9 (60,2 à 65,6)	63,3 (60,4 à 66,3)	63,2 (60,1 à 66,3)	61,5 (58,3 à 64,7)	61,2 (57,7 à 64,7)	61,3 (58,1 à 64,6)
	Asiatique du Sud	6,8 (5,0 à 8,5)	7,4 (5,4 à 9,3)	7,3 (5,2 à 9,4)	6,9 (5,2 à 8,6)	6,4 ^E (4,5 à 8,4)	7,5 ^E (5,2 à 9,8)
	Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	6,9 (5,4 à 8,4)	6,3 (4,8 à 7,7)	12,1 (9,6 à 14,6)	11,3 (9,0 à 13,7)	11,1 (8,7 à 13,5)	9,6 (7,5 à 11,8)
	Noir	5,0 ^E (3,2 à 6,7)	4,7 ^E (2,9 à 6,5)	5,4 (3,9 à 6,9)	6,2 ^E (4,2 à 8,3)	5,2 ^E (3,5 à 7,0)	6,1 ^E (4,0 à 8,1)
	Arabe ou Asiatique de l'Ouest	4,4 ^E (2,7 à 6,0)	3,6 ^E (2,3 à 4,8)	2,8 ^E (1,6 à 4,0)	3,2 ^E (1,9 à 4,5)	4,4 ^E (2,8 à 6,1)	5,2 ^E (3,4 à 6,9)
	Latino-Américain	2,2 ^E (1,0 à 3,4)	1,2 ^E (0,6 à 1,9)	1,4 ^E (0,7 à 2,1)	1,6 ^E (0,6 à 2,6)	3,1 ^E (1,4 à 4,9)	1,1 ^E (0,4 à 1,9)
	Autochtone	5,9 (4,6 à 7,3)	5,3 (4,3 à 6,4)	5,6 (4,3 à 7,0)	6,5 (5,0 à 7,9)	5,1 (4,0 à 6,2)	7,0 (5,3 à 8,7)

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

^E L'estimation doit être interprétée avec circonspection en raison de la forte variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation de 15,0 à 35,0).

groupe ethnique ou culturel, que ce soit en 2017, en 2019 ou en 2021.

Changements de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE entre 2017, 2019 et 2021

Entre 2019 et 2021, de façon générale, aucune évolution statistiquement significative n'a été observée chez les garçons en ce qui concerne la prévalence d'un niveau élevé de SMAE. Toutefois, des diminutions statistiquement significatives ont été observées chez les garçons qui vivaient au Québec (69,2 % contre 84,6 %) et qui n'étaient pas immigrants (69,8 %

contre 78,2 %). Il n'y a pas eu d'évolution statistiquement significative en ce qui concerne la prévalence d'un niveau élevé de SMAE entre 2017 et 2019.

Filles

En 2019, la prévalence d'un niveau élevé de SMAE était considérablement moins élevée chez les filles qui s'identifiaient comme autochtones (45,3 %) que chez celles qui s'identifiaient comme blanches (66,5 %). En 2021, la prévalence d'un niveau élevé de SMAE était considérablement moins

élevée chez les filles qui vivaient en Colombie-Britannique (39,9 %) que chez celles qui vivaient au Québec (58,5 %).

Changements de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE entre 2017, 2019 et 2021

La prévalence d'un niveau élevé de SMAE chez les filles était significativement moins élevée en 2021 (52,3 %) qu'en 2019 (66,4 %). En 2021, par rapport à 2019, il y a eu une diminution considérable de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE chez les filles se situant dans le quintile de revenu élevé (51,0 % contre 74,5 %),

TABLEAU 2
Estimations sexospécifiques de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée chez les jeunes de 12 à 17 ans,
ventilées par caractéristique sociodémographique, ESCC de 2017, 2019 et 2021

Variables	Niveau élevé de santé mentale autoévaluée						
	Garçons			Filles			
	% (IC à 95 %)			% (IC à 95 %)			
	2017	2019	2021	2017	2019	2021	
Ensemble	79,4 (76,9 à 81,9)	78,0 (75,0 à 81,0)	71,8 (68,4 à 75,2)	72,3 ^a (69,3 à 75,2)	66,4 ^a (63,0 à 69,8)	52,3 ^a (48,4 à 56,3)	
Quintile de revenu du ménage	Q1 (le plus bas; réf.)	76,4 (70,4 à 82,3)	80,2 (74,0 à 86,5)	66,8 (58,8 à 74,8)	71,6 (65,2 à 78,1)	68,5 (61,3 à 75,7)	55,6 (48,0 à 63,1)
	Q2	81,9 (77,0 à 86,8)	73,9 (67,0 à 80,8)	71,4 (62,7 à 80,1)	75,4 (69,7 à 81,1)	67,3 (60,0 à 74,6)	50,5 ^a (41,3 à 59,6)
	Q3	73,8 (67,7 à 79,8)	75,9 (69,6 à 82,3)	71,4 (64,4 à 78,4)	72,3 (66,3 à 78,2)	62,0 (54,4 à 69,7)	53,2 ^a (43,7 à 62,7)
	Q4	82,0 (76,8 à 87,2)	82,0 (75,7 à 88,4)	74,0 (66,8 à 81,2)	69,7 (62,9 à 76,5)	63,3 ^a (56,1 à 70,5)	52,7 ^a (44,3 à 61,1)
	Q5 (le plus élevé)	83,9 (77,8 à 89,9)	78,8 (72,1 à 85,6)	77,8 (70,2 à 85,5)	71,2 (62,7 à 79,7)	74,5 (67,6 à 81,3)	51,0 ^a (42,4 à 59,7)
Région	Colombie-Britannique	80,9 (74,7 à 87,1)	75,7 (68,5 à 82,8)	76,9 (69,7 à 84,1)	72,8 (66,3 à 79,3)	71,4 (63,6 à 79,1)	39,9 ^{a,b} (31,0 à 48,9)
	Prairies	81,8 (77,2 à 86,4)	75,1 (68,7 à 81,5)	72,7 (66,3 à 79,1)	73,1 (67,9 à 78,3)	64,8 (58,1 à 71,4)	53,2 ^a (45,9 à 60,4)
	Ontario	79,0 (74,3 à 83,7)	76,1 (70,4 à 81,7)	71,3 (64,9 à 77,8)	68,8 (63,1 à 74,4)	64,0 (57,6 à 70,4)	52,1 ^a (44,7 à 59,4)
	Québec (réf.)	78,6 (73,5 à 83,6)	84,6 (80,5 à 88,7)	69,2 (62,0 à 76,4)	76,7 (71,4 à 81,9)	69,9 ^a (64,2 à 75,6)	58,5 (51,1 à 65,8)
	Atlantique	73,5 (66,9 à 80,2)	81,7 (76,1 à 87,3)	70,6 (62,3 à 78,9)	75,6 (69,6 à 81,6)	65,1 ^a (57,3 à 73,0)	55,4 (45,9 à 64,8)
Milieu de résidence	Centre de population	79,7 (76,8 à 82,6)	77,5 (74,0 à 81,1)	70,6 (66,6 à 74,7)	72,0 ^a (68,6 à 75,4)	65,2 ^a (61,2 à 69,1)	52,0 ^a (47,5 à 56,5)
	Zone rurale (réf.)	78,1 (73,3 à 82,9)	79,9 (75,5 à 84,3)	76,6 (71,8 à 81,3)	73,5 (68,6 à 78,5)	72,2 (66,8 à 77,6)	54,5 ^a (47,5 à 61,4)
Immigration	Oui	80,9 (74,0 à 87,8)	77,9 (70,2 à 85,6)	82,2 ^b (74,4 à 90,0)	72,3 (63,9 à 80,7)	76,4 (68,6 à 84,2)	52,2 ^a (41,6 à 62,8)
	Non (réf.)	79,1 (76,4 à 81,8)	78,2 (75,1 à 81,3)	69,8 (66,1 à 73,5)	72,3 ^a (69,2 à 75,3)	64,7 ^a (61,1 à 68,3)	52,4 ^a (48,3 à 56,5)
Origine ethnique ou culturelle	Blanc (réf.)	78,8 (75,6 à 82,0)	77,0 (73,4 à 80,6)	72,3 (68,0 à 76,5)	72,2 (68,7 à 75,6)	66,5 ^a (62,5 à 70,5)	49,7 ^a (45,1 à 54,4)
	Asiatique du Sud	82,6 (72,0 à 93,3)	95,5 (91,3 à 99,8)	83,7 (72,3 à 95,1)	67,4 (53,4 à 81,5)	85,0 (76,2 à 93,8)	68,0 (52,0 à 84,0)
	Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	75,5 (65,8 à 85,1)	74,2 (63,7 à 84,7)	66,5 (54,7 à 78,2)	72,8 (61,9 à 83,6)	68,5 (56,8 à 80,2)	49,7 (35,3 à 64,0)
	Noir	91,0 (81,5 à 100,5)	82,8 (69,0 à 96,5)	85,4 (73,7 à 97,1)	87,5 (76,9 à 98,1)	67,0 (49,4 à 84,7)	59,5 ^E (41,1 à 77,9)
	Arabe ou Asiatique de l'Ouest	89,2 (78,3 à 100,0)	77,5 (57,2 à 97,9)	76,6 (58,7 à 94,6)	64,1 ^E (43,6 à 84,5)	79,5 (64,9 à 94,1)	58,3 (41,8 à 74,8)
	Latino-Américain	74,9 ^F (51,9 à 97,9)	85,9 (70,5 à 101,4)	F	95,2 (85,5 à 104,8)	64,3 ^F (33,7 à 94,9)	57,5 ^F (19,8 à 95,2)
	Autochtone	80,2 (72,5 à 87,9)	68,7 (56,7 à 80,7)	59,1 (46,7 à 71,6)	65,3 (55,1 à 75,5)	45,3 ^b (33,6 à 57,0)	44,5 (31,8 à 57,3)

Abbreviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; réf., groupe de référence.

^a Différence statistiquement significative par rapport aux garçons à $p < 0,004$.

^b Différence statistiquement significative par rapport au groupe de référence à $p < 0,004$.

^E L'estimation doit être interprétée avec circonspection en raison de la forte variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation de 15,0 à 35,0).

^F L'estimation ne répond pas à la norme de qualité de Statistique Canada pour ce programme statistique et ne devrait pas être publiée (coefficient de variation supérieur à 35,0).

chez les filles vivant en Colombie-Britannique (39,9 % contre 71,4 %), chez les filles vivant dans un centre de population (52,0 % contre 65,2 %) ou dans une zone rurale (54,5 % contre 72,2 %), chez les filles non immigrantes (52,4 % contre 64,7 %) et immigrantes (52,2 % contre 76,4 %) et chez les filles s'identifiant comme blanches (49,7 % contre 66,5 %). Chez les filles non immigrantes, la prévalence d'un niveau élevé de SMAE était significativement plus basse en 2019 qu'en 2017 (64,7 % contre 72,3 %).

Estimations sexospécifiques de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie avant et pendant la pandémie

Les estimations sexospécifiques de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie figurent dans le tableau 3. Les variations absolues des estimations sexospécifiques de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie sont présentées dans le tableau 4.

Différences entre les sexes

Alors qu'il n'y a pas eu de différence statistiquement significative dans la satisfaction

moyenne à l'égard de la vie entre les garçons et les filles en 2017 ou en 2019 (de façon générale ou dans les sous-groupes), la satisfaction moyenne à l'égard de la vie s'est révélée considérablement moins élevée chez les filles (8,2) que chez les garçons (8,7) de façon générale en 2021. Plus spécifiquement, en 2021, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était considérablement moins élevée chez les filles que chez les garçons dans les troisième (8,2 contre 8,7) et cinquième (8,0 contre 8,7) quintiles de revenu; en Colombie-Britannique

TABEAU 3
Estimations sexospécifiques de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie chez les jeunes de 12 à 17 ans,
ventilées par caractéristique sociodémographique, ESCC de 2017, 2019 et 2021

Variables		Satisfaction moyenne à l'égard de la vie					
		Garçons			Filles		
		Moyenne (IC à 95 %)			Moyenne (IC à 95 %)		
		2017	2019	2021	2017	2019	2021
Ensemble		8,8 (8,7 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,7)	8,2 ^a (8,1 à 8,4)
Quintile de revenu du ménage	Q1 (le plus bas; réf.)	8,9 (8,7 à 9,1)	8,8 (8,6 à 9,0)	8,6 (8,4 à 8,8)	8,8 (8,6 à 9,0)	8,4 (8,2 à 8,7)	8,3 (8,0 à 8,5)
	Q2	8,7 (8,6 à 8,9)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,8 (8,6 à 9,0)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,6 (8,4 à 8,8)	8,4 (8,2 à 8,7)
	Q3	8,5 ^b (8,3 à 8,7)	8,6 (8,4 à 8,8)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,8 (8,6 à 8,9)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,2 ^a (7,9 à 8,4)
	Q4	8,8 (8,6 à 8,9)	8,8 (8,6 à 9,0)	8,5 (8,3 à 8,8)	8,5 (8,3 à 8,7)	8,8 ^b (8,7 à 9,0)	8,2 (7,9 à 8,5)
	Q5 (le plus élevé)	8,8 (8,7 à 9,0)	8,8 (8,7 à 9,0)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,6 (8,4 à 8,9)	8,9 ^b (8,7 à 9,1)	8,0 ^a (7,7 à 8,3)
Région	Colombie-Britannique	8,8 (8,5 à 9,0)	8,7 (8,4 à 8,9)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,8 (8,6 à 8,9)	8,8 (8,5 à 9,0)	8,1 ^a (7,9 à 8,3)
	Prairies	8,8 (8,7 à 8,9)	8,7 (8,5 à 8,8)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,8 (8,6 à 9,0)	8,6 (8,5 à 8,8)	8,3 (8,1 à 8,5)
	Ontario	8,7 (8,6 à 8,9)	8,7 (8,5 à 8,8)	8,7 (8,5 à 8,8)	8,6 (8,4 à 8,7)	8,6 (8,5 à 8,8)	8,1 ^a (7,9 à 8,3)
	Québec (réf.)	8,8 (8,6 à 8,9)	8,9 (8,8 à 9,0)	8,6 (8,4 à 8,8)	8,7 (8,5 à 8,9)	8,6 ^a (8,5 à 8,8)	8,4 (8,1 à 8,7)
	Atlantique	8,7 (8,5 à 8,8)	8,9 (8,7 à 9,0)	8,8 (8,6 à 9,0)	8,8 (8,6 à 8,9)	8,8 (8,6 à 9,0)	8,4 (8,1 à 8,6)
Milieu de résidence	Centre de population	8,7 (8,7 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,6 (8,5 à 8,7)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,2 ^a (8,1 à 8,3)
	Zone rurale (réf.)	8,8 (8,7 à 8,9)	8,9 (8,8 à 9,1)	8,8 (8,7 à 9,0)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,6 (8,5 à 8,8)	8,3 ^a (8,1 à 8,6)
Immigration	Oui	8,9 (8,7 à 9,0)	8,8 (8,7 à 9,0)	8,7 (8,5 à 9,0)	8,6 (8,3 à 8,9)	8,6 (8,3 à 8,9)	8,5 (8,1 à 8,8)
	Non (réf.)	8,7 (8,7 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,6 (8,5 à 8,7)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,2 ^a (8,1 à 8,3)
Origine ethnique ou culturelle	Blanc (réf.)	8,7 (8,7 à 8,8)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,6 (8,5 à 8,7)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,6 (8,5 à 8,7)	8,1 ^a (8,0 à 8,3)
	Asiatique du Sud	8,7 (8,4 à 9,0)	9,0 (8,7 à 9,2)	9,0 (8,7 à 9,3)	8,7 (8,2 à 9,2)	9,1 ^b (8,8 à 9,4)	8,9 ^b (8,5 à 9,3)
	Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	8,6 (8,4 à 8,9)	8,5 (8,2 à 8,8)	8,3 (7,8 à 8,7)	8,9 (8,7 à 9,2)	8,8 (8,5 à 9,1)	8,3 (8,0 à 8,6)
	Noir	9,2 (8,7 à 9,6)	9,1 (8,8 à 9,4)	9,0 (8,7 à 9,4)	8,4 (7,7 à 9,0)	8,6 (8,1 à 9,1)	8,1 (7,5 à 8,7)
	Arabe ou Asiatique de l'Ouest	8,8 (8,4 à 9,1)	8,9 (8,5 à 9,4)	8,6 (8,1 à 9,1)	8,4 (7,9 à 8,9)	9,1 (8,7 à 9,5)	9,0 ^b (8,6 à 9,4)
	Latino-Américain	8,9 (8,1 à 9,7)	8,9 (8,3 à 9,5)	8,8 (8,1 à 9,6)	9,0 (8,2 à 9,7)	8,6 (8,0 à 9,3)	7,2 (5,8 à 8,7)
	Autochtone	8,7 (8,5 à 8,9)	8,5 (8,1 à 8,8)	8,8 (8,5 à 9,0)	8,8 (8,4 à 9,1)	8,1 (7,6 à 8,5)	7,8 ^a (7,4 à 8,2)

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; réf., groupe de référence.

^a Différence statistiquement significative par rapport aux garçons à $p < 0,004$.

^b Différence statistiquement significative par rapport au groupe de référence à $p < 0,004$.

ou en Ontario (8,1 contre 8,7); dans les centres de population (8,2 contre 8,6); dans les zones rurales (8,3 contre 8,8); parmi les personnes s'identifiant comme non immigrantes (8,2 contre 8,6); parmi les personnes s'identifiant comme blanches (8,1 contre 8,6) et parmi les personnes s'identifiant comme autochtones (7,8 contre 8,8).

Garçons

En 2017, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était considérablement moins élevée chez les garçons qui se situaient dans le troisième quintile de revenu (8,5) que chez ceux qui se situaient dans le

premier (8,9). Pour ces trois années, il n'y a pas eu de différence statistiquement significative dans la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon la région, le milieu de résidence, le statut vis-à-vis de l'immigration ou le groupe ethnique ou culturel.

Filles

En 2019, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était considérablement plus élevée chez les filles qui se situaient dans les deux quintiles de revenu supérieurs (Q4 : 8,8, Q5 : 8,9) que chez celles qui se situaient dans le quintile de revenu le plus faible (8,4). En 2019 et en 2021, la

satisfaction moyenne à l'égard de la vie était considérablement plus élevée chez les filles qui s'identifiaient comme sud-asiatiques (respectivement 9,1 et 8,9) que chez celles qui s'identifiaient comme blanches (respectivement 8,6 et 8,1). En 2021, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était considérablement plus élevée chez les filles qui s'identifiaient comme arabes ou asiatiques de l'Ouest (9,0) que chez celles qui s'identifiaient comme blanches (8,1). Pour les trois années, il n'y a pas eu de différence statistiquement significative selon la région, le milieu de résidence ou le statut vis-à-vis de l'immigration.

TABEAU 4
Variation absolue des estimations sexospécifiques de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et de la satisfaction à l'égard de la vie chez les jeunes de 12 à 17 ans, ventilée par caractéristique sociodémographique, ESCC de 2017, 2019 et 2021

		Niveau élevé de santé mentale autoévaluée				Satisfaction moyenne à l'égard de la vie			
		Garçons		Filles		Garçons		Filles	
		2019 vs 2017	2021 vs 2019	2019 vs 2017	2021 vs 2019	2019 vs 2017	2021 vs 2019	2019 vs 2017	2021 vs 2019
Ensemble		-1,4	-6,2	-5,9	-14,1 ^a	-0,1	0,0	0,0	-0,5 ^a
Quintile de revenu du ménage	Q1 (le moins élevé)	+3,8	-13,4	-3,1	-12,9	-0,1	-0,2	-0,4	-0,1
	Q2	-8,0	-2,5	-8,1	-16,8	0,0	+0,1	-0,1	-0,2
	Q3	+2,1	-4,5	-10,3	-8,8	+0,1	+0,1	-0,1	-0,5 ^a
	Q4	0,0	-8,0	-6,4	-10,6	0,0	-0,3	+0,3	-0,6 ^a
	Q5 (le plus élevé)	-5,1	-1,0	+3,3	-23,5 ^a	0,0	-0,1	+0,3	-0,9 ^a
Région	Colombie-Britannique	-5,2	+1,2	-1,4	-31,5 ^a	-0,1	0,0	0,0	-0,7 ^a
	Prairies	-6,7	-2,4	-8,3	-11,6	-0,1	0,0	-0,2	-0,3
	Ontario	-2,9	-4,8	-4,8	-11,9	0,0	0,0	0,0	-0,5 ^a
	Québec	+6,0	-15,4 ^a	-6,8	-11,4	+0,1	-0,3	-0,1	-0,2
	Atlantique	+8,2	-11,1	-10,5	-9,7	+0,2	-0,1	0,0	-0,4 ^a
Milieu de résidence	Centre de population	-2,2	-6,9	-6,8	-13,2 ^a	0,0	-0,1	0,0	-0,5 ^a
	Zone rurale	+1,8	-3,3	-1,3	-17,7 ^a	+0,1	-0,1	-0,1	-0,3
Immigration	Oui	-3,0	+4,3	+4,1	-24,2 ^a	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
	Non	-0,9	-8,4 ^a	-7,6 ^a	-12,3 ^a	0,0	-0,1	0,0	-0,5 ^a
Origine ethnique ou culturelle	Blanc	-1,8	-4,7	-5,7	-16,8 ^a	0,0	-0,1	-0,1	-0,5 ^a
	Asiatique du Sud	+12,9	-11,8	+17,6	-17,0	+0,3	0,0	+0,4	-0,2
	Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	-1,3	-7,7	-4,3	-18,8	-0,1	-0,2	-0,1	-0,5
	Noir	-8,2	+2,6	-20,5	-7,5	-0,1	-0,1	+0,2	-0,5
	Arabe ou Asiatique de l'Ouest	-11,7	-0,9	+15,4	-21,2	+0,1	-0,3	+0,7	-0,1
	Latino-Américain	+11,0	s.o.	-30,9	-6,8	0,0	-0,1	-0,4	-1,4
	Autochtone	-11,5	-9,6	-20,0	-0,8	-0,2	+0,3	-0,7	-0,3

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

^a Les estimations en gras indiquent qu'une différence statistiquement significative a été déterminée à partir d'un test *t* standard ($p < 0,004$).

Changements de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie entre 2017, 2019 et 2021

Chez les garçons comme chez les filles, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie est demeurée stable entre 2017 et 2019, que ce soit de façon générale ou dans les divers groupes sociodémographiques. Il n'y a pas eu de changements statistiquement significatifs de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie entre 2019 et 2021 chez les garçons, que ce soit de façon générale ou dans les groupes sociodémographiques. En revanche, chez les filles, la

satisfaction moyenne à l'égard de la vie s'est révélée considérablement moins élevée en 2021 (8,2 %) qu'en 2019 (8,7 %). Entre 2019 et 2021, on a observé une diminution statistiquement significative de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie chez les filles des quintiles de revenu Q3 (8,2 contre 8,7), Q4 (8,2 contre 8,8) et Q5 (8,0 contre 8,9), celles vivant en Colombie-Britannique (8,1 contre 8,8), dans les provinces de l'Atlantique (8,4 contre 8,8) et en Ontario (8,1 contre 8,6), celles vivant dans un centre de population

(8,2 contre 8,7), celles s'identifiant comme non immigrantes (8,2 contre 8,7) et celles s'identifiant comme blanches (8,1 contre 8,6).

Analyse

Cette étude a porté sur la prévalence sexospécifique d'un niveau élevé de SMAE et de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie chez les jeunes Canadiens en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques en 2017, 2019 et 2021. De

façon analogue aux données nationales⁶, nos résultats montrent que la prévalence d'un niveau élevé de SMAE et les estimations de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie ont été considérablement moins élevées chez les filles pendant la pandémie de COVID-19 par rapport à la période pré-pandémique. Cette diminution générale n'a pas été observée chez les garçons. Toutefois, des distinctions ont été observées dans les résultats après ventilation, ce qui illustre l'importance : 1) d'avoir une perspective sexospécifique, 2) de ventiler les données dans la mesure du possible et 3) d'explorer les différentes dimensions de la santé mentale positive afin de mieux saisir l'impact nuancé et potentiellement différent de la pandémie sur les diverses facettes de la santé mentale positive des jeunes. Il est intéressant de constater qu'il n'y a pas eu de changement notable en ce qui concerne ces deux dimensions de la santé mentale positive en 2019 par rapport à 2017, que ce soit chez les garçons ou les filles, et de façon générale comme en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Il s'agit d'une preuve supplémentaire des répercussions négatives à plus grande échelle de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale positive des jeunes. Il faut exercer une surveillance continue afin de savoir si les paramètres associés aux dimensions de la santé mentale positive vont retrouver leur niveau d'avant la pandémie.

Chez les filles, on a observé une diminution statistiquement significative de la prévalence d'un niveau élevé de SMAE et de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie pour la majorité des caractéristiques sociodémographiques. Une fois cette baisse quantifiée, il en est ressorti que certaines populations ont connu une diminution plus importante de leur santé mentale positive que d'autres. Par exemple, la diminution la plus importante de prévalence du niveau élevé de SMAE a été observée chez les filles vivant en Colombie-Britannique, et la diminution la plus importante de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie a été observée chez les filles se situant dans le quintile de revenu le plus élevé. Dans le cas des garçons, les seules baisses statistiquement significatives de la prévalence du niveau élevé de SMAE ont été observées chez les garçons vivant au Québec et chez les non-immigrants. Des activités ciblées de promotion de la santé mentale au sein de ces populations pourraient être bénéfiques. Toutefois, puisqu'il s'agissait d'une étude

descriptive, nous ne pouvons pas déterminer quels facteurs ont contribué aux diminutions observées.

Entre 2019 et 2021, les diminutions statistiquement significatives de la prévalence du niveau élevé de SMAE et de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie qui ont été observées l'ont été principalement chez les filles. De plus, de façon générale et dans la plupart des groupes sociodémographiques, les filles avaient tendance à déclarer avoir une santé mentale considérablement moins positive que les garçons. Ces résultats viennent s'ajouter au vaste corpus de données décrivant les disparités qui existent entre les sexes et entre les genres en matière de santé mentale chez les jeunes.

Quoique de telles disparités aient déjà été observées chez les jeunes avant la pandémie de COVID-19²⁶⁻²⁸, nos observations laissent entendre que ces inégalités se seraient accrues pendant la pandémie et auraient contribué à creuser encore davantage l'écart entre les genres²⁹⁻³¹. Certaines explications possibles ont été publiées précédemment. Par exemple, puisque le soutien social est un facteur de protection de la santé mentale positive⁶, en particulier dans le cas des femmes âgées de moins de 24 ans³², certaines restrictions liées à la COVID-19, comme l'école en ligne et la distanciation physique, pourraient avoir eu une incidence sur la capacité des filles à obtenir le soutien social dont elles avaient besoin^{29,30}, ce qui, en retour, pourrait s'être répercuté sur leur bien-être.

D'autres explications ont également été envisagées, notamment les exigences plus élevées à l'égard des filles qu'à l'égard des garçons, les plus hauts niveaux, chez les filles, d'anxiété, de dépression et de tristesse, leurs problèmes de sommeil, leurs possibilités réduites de rencontrer leurs amis, et leur sentiment de perte de contrôle de leur vie^{30,33,34}. Il faudra mener des études sur les associations sexospécifiques entre les facteurs de risque ou de protection et la santé mentale positive pour mieux comprendre ces disparités chez les jeunes au Canada et pour adapter en conséquence les efforts de prévention ciblés en matière de santé publique.

Étonnamment, à l'exception des filles blanches et des non-immigrants, aucune variation statistiquement significative de la santé mentale positive n'a été observée

dans les autres groupes sociodémographiques. Nous croyons que cela peut s'expliquer par la faible taille des échantillons, qui pourrait avoir réduit notre capacité à déceler des différences. Toutefois, nos résultats ont révélé que les jeunes Autochtones constituent le groupe ethnique ou culturel présentant la plus faible prévalence d'un niveau élevé de SMAE. Cette situation est préoccupante et souligne la nécessité de trouver des moyens culturellement appropriés d'améliorer la santé mentale des jeunes Autochtones³⁵. Ces observations pourraient s'expliquer par des facteurs sociétaux, comme de la discrimination et du harcèlement fondés sur la race. En effet, les données de 2020 à l'échelle nationale montrent qu'environ la moitié des personnes s'identifiant comme autochtones ont signalé une hausse des cas de discrimination depuis le début de la pandémie de COVID-19³⁶.

Les résultats sexospécifiques de notre étude sont nuancés. Par exemple, en 2021, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était considérablement moins élevée chez les filles autochtones que chez les garçons autochtones. Des facteurs tels que les préoccupations concernant l'effet du décret ordonnant de rester à domicile sur le stress de la famille, l'effet des restrictions liées à la COVID-19 sur la violence familiale et la diminution du sentiment de sécurité dans les quartiers pourraient avoir eu une influence sur la santé mentale positive des jeunes femmes autochtones³⁷. Étant donné que la violence, la sécurité des quartiers et la discrimination sont des facteurs de risque en ce qui concerne la santé mentale positive^{5,6}, il faudra mener des travaux de recherche qui porteront sur ces facteurs de manière plus approfondie, de même que sur les identités intersectionnelles, afin de mieux comprendre la santé mentale positive chez les jeunes.

Points forts et limites

Notre étude présente des points forts appréciables, notamment des échantillons de taille importante pour chacune des trois années et la représentativité de ces échantillons à l'échelle nationale. Il s'agit également de la première étude canadienne à quantifier des changements (entre 2017 et 2019 et entre 2019 et 2021) concernant deux dimensions de la santé mentale positive chez les garçons et les filles selon une optique intersectionnelle.

L'étude présente toutefois certaines limites qu'il convient de mentionner. Les enquêtes analysées étant transversales et indépendantes les unes des autres, les changements observés entre les trois années représentent des changements à l'échelle nationale et non à l'échelle individuelle. La nature descriptive de l'analyse n'a pas permis d'identifier les facteurs qui ont contribué à l'évolution de la santé mentale positive au fil du temps. En outre, pour certains groupes, les estimations n'ont pas pu être publiées ou ont été limitées en raison de la taille insuffisante des échantillons. Enfin, étant toutes autodéclarées, les données utilisées dans l'analyse sont sujettes à un biais de déclaration et à un biais de désirabilité sociale.

Conclusion

La santé mentale positive des filles au Canada s'est dégradée pendant la pandémie de COVID-19. Cette constatation pourrait indiquer que les disparités déjà présentes entre les sexes en matière de santé mentale positive ont été exacerbées au cours de cette période. Il faudra exercer une surveillance continue des dimensions de la santé mentale positive en fonction du sexe dans diverses sous-populations de jeunes pour déterminer quels groupes sont susceptibles de bénéficier de ressources accrues et de stratégies de prévention ciblées en matière de santé publique.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Statistique Canada pour son apport à la conception de l'enquête ainsi qu'à la collecte et à la diffusion des données. Nous remercions le personnel du Programme d'accès et de coordination des données (PACD) de l'Agence de la santé publique du Canada pour son aide en ce qui concerne la diffusion des données. Enfin, nous remercions toutes les personnes qui ont participé à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

FLP, LLO, MV : conception.

FLP, MV : analyse formelle.

FLP, LLO, MV : méthodologie.

FLP et MV : administration du projet.

FLP, MV : rédaction de la première version du manuscrit.

FLP, LLO, KCR, MV : relectures et révisions.

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

Références

1. 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 5 mars 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-mentale/promotion-sante-mentale.html>
2. Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (AB) : CSMC; 2012 [consultation le 5 mars 2023]. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2022 [consultation le 5 mars 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
4. Shaffer-Hudkins E, Suldo S, Loker T, March A. How adolescents' mental health predicts their physical health: unique contributions of indicators of subjective well-being and psychopathology. *Appl Res Qual Life*. 2010; 5(3):203-217. <https://doi.org/10.1007/s11482-010-9105-7>
5. 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>

6. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2024 [modification le 21 nov. 2024; consultation le 14 févr. 2025]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive>
7. Lerner RM, Steinberg L, dir. *Handbook of adolescent psychology* [livre électronique]. Hoboken (NJ): Wiley; 2009. <https://doi.org/10.1002/9780470479193>
8. MacLeod KB, Brownlie EB. Mental health and transitions from adolescence to emerging adulthood: developmental and diversity considerations. *Can J Community Ment Health*. 2014; 33(1):77-86. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-007>
9. Ross DA, Hinton R, Melles-Brewer M, et al. Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. *J Adolesc Health*. 2020;67(4):472-476. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.042>
10. Keyes CL. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76(3):395-402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
11. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health*. 2012;50(1):66-73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.05.002>
12. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada : rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2021. Ottawa (Ont.): ASPC; 2021. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html>

13. Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021;11(1):e042871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>
14. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, et al. Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11):374-393. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04f>
15. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Carte de la santé mentale au Canada durant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.): ASPC; 2022 [consultation le 9 juil. 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/sante-mentale/>
16. 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>
17. Goodman ML, Mollidre S, Elliott A, Robertson D, Keiser P. Long COVID and mental health correlates: a new chronic condition fits existing patterns. *Health Psychol Behav Med*. 2023;11(1):2164498. <https://doi.org/10.1080/21642850.2022.2164498>
18. Nearchou F, Flinn C, Niland R, Subramaniam SS, Hennessy E. Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8479. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
19. Samji H, Wu J, Ladak A, et al. Review: mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2022;27(2):173-189. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
20. Chadi N, Ryan NC, Geoffroy MC. COVID-19 and the impacts on youth mental health: emerging evidence from longitudinal studies. *Can J Public Health*. 2022;113(1):44-52. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00567-8>
21. Zolopa C, Burack JA, O'Connor RM, et al. Changes in youth mental health, psychological wellbeing, and substance use during the COVID-19 pandemic: a rapid review. *Adolesc Res Rev*. 2022;7(2):161-177. <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00185-6>
22. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Tendances associées aux inégalités en matière de santé chez les adolescents canadiens, de 2002 à 2018. Conclusions de l'Enquête de 2018 sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC). Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/tendances-inegalites-sante-canadien-adolescents-2002-2018.html>
23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle, 2017 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2017 [consultation le 9 juill. 2023]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=329241
24. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle, 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 9 juill. 2023]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
25. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle, 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 9 juill. 2023]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1314175
26. Campbell OL, Bann D, Patalay P. The gender gap in adolescent mental health: a cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM Popul Health*. 2021;13:100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
27. Yoon Y, Eisenstadt M, Lereya ST, Deighton J. Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(9):1569-1578. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>
28. de Looze ME, Huijts T, Stevens GW, Torsheim T, Vollebergh WA. The happiest kids on earth. Gender equality and adolescent life satisfaction in Europe and North America. *J Youth Adolesc*. 2018;47(5):1073-1085. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0756-7>
29. Halldorsdottir T, Thorisdottir IE, Meyers CC, et al. Adolescent well-being amid the COVID-19 pandemic: are girls struggling more than boys? *JCPP Adv*. 2021;1(2):e12027. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12027>
30. Ahn SN. The potential impact of COVID-19 on health-related quality of life in children and adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14740. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214740>
31. Engel de Abreu PM, Neumann S, Wealer C, Abreu N, Coutinho Macedo E, Kirsch C. Subjective well-being of adolescents in Luxembourg, Germany, and Brazil during the COVID-19 pandemic. *J Adolesc Health*. 2021;69(2):211-218. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.028>
32. Johansen R, Espetvedt MN, Lyshol H, Clench-Aas J, Myklestad I. Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support. *BMC Public Health*. 2021;21(1):2152. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12109-5>
33. Kerekes N, Bador K, Sfendla A, et al. Changes in adolescents' psychosocial functioning and well-being as a consequence of long-term COVID-19 restrictions. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16):8755. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168755>
34. Landstedt E, Asplund K, Gillander Gådin K. Understanding adolescent mental health: the influence of social processes, doing gender and gendered power relations. *Social Health Illn*. 2009;31(7):962-978. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01170.x>

-
35. Okpalauwaekwe U, Ballantyne C, Tunison S, Ramsden VR. Enhancing health and wellness by, for and with Indigenous youth in Canada: a scoping review. *BMC Public Health*. 2022; 22(1):1630. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14047-2>
 36. Statistique Canada. Le Quotidien - Expérience de la discrimination pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 17 sept. 2020 [consultation le 10 oct. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200917/dq200917a-fra.htm>
 37. Statistique Canada. Les perceptions des Autochtones à l'égard de la sécurité pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 16 oct. 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00071-fra.htm>