

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 45 • numéro 6 • juin 2025

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

- 293** Tendances des hospitalisations et des consultations à l'urgence attribuables au cannabis : données de l'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020)
- 306** Estimations sexospécifiques de la santé mentale positive chez les jeunes avant et pendant la pandémie de COVID-19 au Canada
- 317** Blessures et décès par arme à feu en Colombie-Britannique (Canada) : épidémiologie et profils de défavorisation

Commentaire

- 331** Appel à davantage mesurer les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires dans le cadre de la surveillance fédérale au Canada

Avis de publication

- 339** Outil d'exploration des données sur les anomalies congénitales au Canada : mise à jour des estimations de la prévalence et des tendances temporelles des anomalies congénitales sur 15 ans (2008 à 2023)

Corrigendum

- 340** Prévalence mondiale du syndrome post-COVID-19 : revue systématique et méta-analyse des données prospectives

Annonce

- 342** 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

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

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

Dawn Slawewski, 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

Tendances des hospitalisations et des consultations à l'urgence attribuables au cannabis : données de l'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020)

Raadiya Malam, MPH (1); Rachael MacDonald-Spracklin, MPH (1); Emily Biggar, MPH (1,2); Adam Sherk, Ph. D. (1,3,4); Anat Ziv, Ph. D. (1); Robert Gabrys, Ph. D. (1); Shea Wood, Ph. D. (1); Matthew M. Young, Ph. D. (1,5,6); Aisha Giwa, Ph. D. (1); Chandni Sondagar, MPH (1); Jinhui Zhao, Ph. D. (3); Pamela Kent, Ph. D. (1); Tim Stockwell, Ph. D. (3)

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

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

Résumé

Introduction. La prévalence de la consommation de cannabis continue à augmenter au sein de certaines populations au Canada. Cette étude porte principalement sur l'augmentation du nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables au cannabis entre 2007 et 2020.

Méthodologie. Pour estimer le nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables à la consommation de cannabis, nous avons obtenu des données au niveau de l'enregistrement sur les congés d'hôpital avec l'information diagnostique tirée de la CIM-10, et ce, pour tous les exercices de 2006-2007 à 2020-2021. L'information diagnostique a servi à associer chaque dossier à une catégorie de problème de santé pour huit substances, dont le cannabis. La prévalence de la consommation de cannabis a été estimée pour chaque province ou territoire, année civile, sexe et âge au moyen des données d'enquêtes nationales. Ces estimations ont été utilisées pour ajuster les estimations du risque relatif tirées de la littérature sur le cannabis afin de calculer les fractions attribuables au cannabis, qui ont à leur tour été utilisées afin d'estimer la proportion d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables à la consommation de cannabis.

Résultats. Entre 2007 et 2020, le taux global d'hospitalisations attribuables au cannabis a augmenté de 120 %, passant de 6,4 pour 100 000 en 2007 à 14,0 pour 100 000 en 2020. Les consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont augmenté de 113 %, passant de 52,1 pour 100 000 en 2007 à 111,0 pour 100 000 en 2019, avant de diminuer de 12 % en 2020. Cette étude révèle que l'augmentation du nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence est en partie attribuable aux troubles neuropsychiatriques, en particulier aux hospitalisations dues à des troubles psychotiques et aux consultations à l'urgence dues à des intoxications aiguës chez les enfants et les adolescents.

Conclusion. Une surveillance continue des méfaits causés par le cannabis est nécessaire pour comprendre les méfaits liés à la consommation et les facteurs qui influencent la façon dont les personnes consomment du cannabis et consultent pour obtenir des soins. De futures recherches pourraient permettre de distinguer les premiers effets des tendances en matière de légalisation à partir des données relatives au début de la pandémie.



Points saillants

- Au Canada, en 2020, le cannabis était responsable d'environ 5318 hospitalisations et 37341 consultations à l'urgence.
- Les taux d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont augmenté au cours de la période étudiée (2007-2020), de respectivement 120 % et 88 %, avec des hausses notables pour les troubles neuropsychiatriques et les blessures involontaires.
- Les taux d'hospitalisation pour des troubles psychotiques attribuables au cannabis les plus élevés ont été observés chez les 15 à 34 ans. Le taux brut chez les 35 à 64 ans a augmenté de 38 % entre 2019 et 2020.

Mots-clés : cannabis, hospitalisations, consultations à l'urgence, troubles psychotiques, intoxication aiguë, Canada

Rattachement des auteurs :

1. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg (Manitoba), Canada
3. Canadian Institute for Substance Use Research, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
4. School of Public Health and Social Policy, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
5. Greo Evidence Insights, Guelph (Ontario), Canada
6. Université de Carleton, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Raadiya Malam, 500-75, rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7; tél. : 613-235-4048, poste 302; courriel : rmalam@ccsa.ca

Introduction

Le cannabis demeure l'une des substances psychoactives les plus consommées au Canada après l'alcool¹. La prévalence de la consommation de cannabis a augmenté de façon constante au cours de la dernière décennie, et les taux continuent de s'accroître depuis la légalisation du cannabis à des fins non médicales, en octobre 2018². De 2007 à 2020, la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les 15 ans et plus est passée de 11 % à 18 %³. En 2022, la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée au sein de la population générale (de 16 ans et plus) était de 27 %, soit une augmentation par rapport aux 25 % de 2021⁴. Dans l'ensemble, parmi les personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, 23 % ont fait état d'une consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis en 2023, les résultats montrant que les hommes ont été plus nombreux que les femmes à consommer du cannabis quotidiennement (respectivement 25 % contre 20 %)⁵.

Parallèlement à cette augmentation observée de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des dernières années, il existe également des preuves d'une augmentation des méfaits liés au cannabis⁶. Parmi ces méfaits, on relève des blessures causées par des collisions de véhicules à moteur et d'autres blessures involontaires, un risque accru de psychose et de troubles liés à la consommation de cannabis ainsi que divers troubles découlant d'une consommation pendant la grossesse, comme un faible poids de l'enfant à la naissance^{7,8}. La littérature sur les hospitalisations et les consultations à l'urgence dues aux méfaits du cannabis est de plus en plus abondante, car le cannabis est la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour consommation de substances chez les jeunes au Canada depuis sa légalisation^{9,10}.

En outre, on a observé une augmentation des taux de consultations à l'urgence par âge pour cause d'empoisonnement au cannabis¹¹ ainsi qu'une augmentation de la prévalence des conducteurs blessés ayant été testés positifs au dépistage du tétrahydrocannabinol (THC) depuis la légalisation¹². D'autres recherches ont également porté sur l'augmentation de la consommation de cannabis et des méfaits associés avant la légalisation^{6,13}. Par exemple, Maloney-Hall et ses collaborateurs ont montré que les hospitalisations pour

troubles psychotiques dus à la consommation de cannabis ont triplé entre 2005 et 2015¹³.

Dans cette étude, nous nous sommes appuyés sur la littérature disponible portant sur les hospitalisations et les consultations à l'urgence attribuables à la consommation de cannabis pour créer une série chronologique sur 14 ans.

Cette étude repose sur le projet Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (CEMUSC), la seule étude au Canada à estimer les coûts et les méfaits liés à une gamme de substances et de résultats sur la santé et remontant jusqu'à 2007³. Cette étude estime également les coûts et les méfaits pour huit types de substances psychoactives au total. Le projet CEMUSC estime les coûts et les méfaits attribuables au cannabis pour 20 indicateurs dans les domaines des soins de santé, de la perte économique de production et de la justice pénale, et ce, sur une période de 14 ans allant de 2007 à 2020³. Au cours de la période de l'étude (2007 à 2020), plusieurs événements importants liés à la politique sur le cannabis se sont produits, lesquels sont susceptibles d'avoir eu un impact sur les tendances en matière de méfaits liés au cannabis. Parmi ceux-ci, on souligne les changements aux règlements sur le cannabis médical (la promulgation du *Règlement sur la marihuana à des fins médicales* en 2013 et du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* en 2016), l'annonce du gouvernement du Canada de son intention de légaliser et réglementer le cannabis non médical en 2016, la promulgation de la *Loi sur le cannabis* en octobre 2018 et la survenue de la pandémie de COVID-19 au début de 2020.

Pour mieux évaluer les tendances sur cette période de 14 ans, ainsi que l'impact potentiel de la légalisation du cannabis non médical et celui de la pandémie de la COVID-19 sur les méfaits attribuables au cannabis, nous avons étudié les hospitalisations et les consultations à l'urgence attribuables au cannabis de 2007 à 2020 ainsi que les tendances concernant plusieurs problèmes de santé liés au cannabis pendant les premières années qui ont suivi la légalisation (2019-2020).

Méthodologie

La méthodologie du projet CEMUSC 2007-2020 reposait à l'origine sur l'étude de

coûts de Rehm et ses collaborateurs¹⁴ et sur les lignes directrices internationales et la littérature pour lesquelles des estimations des coûts de la consommation de substances ont été produites pour d'autres pays^{15,16}.

Sources des données

Nous avons demandé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) des données au niveau de l'enregistrement sur les congés obtenus par suite d'hospitalisation d'au moins une nuit et de consultations à l'urgence pour les exercices de 2006-2007 à 2020-2021 et nous avons obtenu ces données. Elles proviennent de la Base de données sur les congés des patients (BDGP)¹⁷ de l'ICIS et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)¹⁸. Dans le cadre de cette demande, nous avons également reçu de l'information sur les coûts au niveau de l'enregistrement pour les variables de l'ICIS qui suivent : groupes de maladies analogues + / pondération de la consommation des ressources, Système global de classification ambulatoire (GMA+ / PCR, SGCA) et coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH, par province/territoire), ce qui nous a permis d'attribuer un coût approximatif à chaque enregistrement de congé¹⁹.

Les données sur les patients hospitalisés provenaient de toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, et ce, pour toutes les années étudiées. L'utilisation des données du Québec nécessite une autorisation spéciale, qui n'a pas été reçue en temps voulu, ce qui fait que les données n'ont pas pu être incluses. Seuls deux provinces (Ontario [pour 2006-2007 à 2020-2021] et Alberta [pour 2010-2011 à 2020-2021]) et un territoire (Yukon, pour les exercices 2014-2015 à 2020-2021) ont communiqué des données sur les services d'urgence contenant des informations diagnostiques (données dites de niveau 3). Le niveau 3 du SNISA est requis pour regrouper les enregistrements dans des catégories de troubles de santé liés à la consommation de substances.

Les données sur la prévalence de la consommation de cannabis proviennent de la base de données canadienne sur l'exposition à la consommation de substances (Canadian Substance Use Exposure Database ou CanSUED)^{3,20}. La base de données CanSUED, qui a été créée et est maintenue pour le projet CEMUSC, repose sur des estimations provenant de la série

d'enquêtes nationales sur la consommation de substances, dont l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD), l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD). Les estimations de la prévalence ont été modélisées en fonction de groupes d'âge* (14 ans et moins, 15 à 34 ans, 35 à 64 ans, 65 ans et plus), du sexe (homme, femme) ainsi que de la province ou du territoire et de l'année (2007-2020).

Identification des troubles de santé liés au cannabis et estimation des fractions attribuables au cannabis et des hospitalisations et consultations à l'urgence attribuables au cannabis

Pour déterminer les troubles de santé et les maladies ayant un lien de causalité avec la consommation de cannabis, nous avons utilisé les travaux de Rehm et ses collaborateurs¹⁴ ainsi que le matériel préparatoire tiré des estimations les plus récentes de la charge mondiale de morbidité (étude Global Burden of Disease)²¹. Les informations sur le risque relatif correspondant à chaque trouble de santé partiellement attribuable au cannabis proviennent de la littérature ([voir le tableau supplémentaire S1 \[en anglais seulement\]](#))²²⁻³⁰. Les problèmes de santé liés au cannabis[†] sélectionnés sont les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis » (F12[‡]), les problèmes de santé survenant pendant la grossesse en raison de la consommation de cannabis (O35.5, P04.4, P96.1), les collisions de véhicules à moteur (V1, Y85.0), les blessures involontaires comme les empoisonnements accidentels (T40.7, X41-X44, Y11-Y14) et les incendies (X00-X09, Y26), les empoisonnements intentionnels (T40.7, X61-X64) et les agressions et homicides (X85-Y09, Y87.1).

Les troubles de la catégorie F12, soit les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis »,

sont entièrement attribuables au cannabis. Autrement dit, un trouble de ce type ne pourrait pas survenir en l'absence de consommation de cannabis. D'un point de vue épidémiologique, la fraction attribuable au cannabis est donc de 1,00. D'autres problèmes de santé sont toutefois partiellement attribuables à la consommation de cannabis (par exemple, certains découlant de collisions de véhicules à moteur, de crimes non violents), ce qui signifie que la consommation de cannabis augmente le risque de survenue de ces types de problèmes, mais il est possible que ces derniers puissent également survenir en l'absence de consommation de cannabis. La proportion de chaque problème de santé, par année, province/territoire, sexe et groupe d'âge, a été estimée par un calcul des fractions attribuables au cannabis (FAC) à l'aide de la formule 1 :

$$FAC_{a,p,s,g,ps} = \frac{P_{a,p,s,g} \times (RR_{ps} - 1)}{1 + P_{a,p,s,g} \times (RR_{ps} - 1)}$$

(Formule 1)

où $P_{a,p,s,g}$ est la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année écoulée, par année, province/territoire, sexe et groupe d'âge, et RR_{ps} est le risque relatif de chaque problème de santé partiellement attribuable au cannabis.

Les événements attribuables au cannabis (hospitalisations et consultations à l'urgence) ont ensuite été estimés à l'aide de la méthodologie suivante. Tout d'abord, les congés ont été recensés en fonction de tout au plus un problème de santé lié au cannabis, établi comme diagnostic principal au moyen du code CIM-10, à l'exception d'une méthodologie différente pour les blessures et les empoisonnements. En effet, les congés obtenus par suite de blessures et d'empoisonnements ont également un code de cause externe, qui décrit comment la blessure (par exemple, un bras cassé) est survenue (par exemple, une collision avec un véhicule à moteur). Dans ce cas, le code de la cause externe

est utilisé pour classer le congé dans tout au plus un groupe de problèmes de santé liés au cannabis. Les FAC calculées à l'aide de la formule 1 sont ensuite appliquées par année, province/territoire, sexe, groupe d'âge et problème de santé pour obtenir une estimation du nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables au cannabis.

Estimation des taux attribuables au cannabis et des coûts de soins de santé associés

Les taux fondés sur la population ont été calculés en divisant les effectifs dans chaque sous-groupe de population par la population correspondante au 1^{er} juillet de l'année en question d'après les données de Statistique Canada³¹. Les estimations de coûts au niveau de l'enregistrement ont été produites en multipliant les variables GMA+/PCR (pour les patients hospitalisés) ou SGCA PCR (pour les consultations à l'urgence) par le CSSH, au lieu de comptabiliser l'enregistrement comme 1,0. Les calculs de coûts ont ensuite été estimés en additionnant les estimations de coûts au niveau de l'enregistrement.

De 2016 à 2020, une analyse ciblée a été réalisée pour les troubles de santé de la catégorie F12—les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis ». Ces troubles F12 ont été regroupés dans cinq sous-catégories : l'intoxication aiguë (F12.0), la dépendance et le sevrage (F12.2, F12.3, F12.4), l'utilisation nocive pour la santé (F12.1), les troubles psychotiques (F12.5, F12.7) et les autres troubles (F12.6, F12.8, F12.9). Les taux ont été calculés au moyen des mêmes données de population que celles décrites précédemment.

Méthodes d'imputation dans les services d'urgence

Les informations relatives aux consultations à l'urgence au niveau provincial/territorial étaient incomplètes. Seuls l'Ontario (pour les exercices de 2006-2007 à 2020-2021), l'Alberta (pour 2010-2011 à 2020-2021)

* Dans le cadre de l'étude nationale complète des coûts (CEMUSC), ces groupes d'âge ont été sélectionnés pour maintenir la cohérence entre les 20 indicateurs. L'étude de coûts sous-jacente recueille également des données pour plusieurs variables (province/territoire, sexe, âge, substances, années et état de santé, le cas échéant). En raison de problèmes de divulgation pour certains ensembles de données, un niveau de détail plus précis dans la répartition par âge poserait des difficultés.

† Dès que les patients obtiennent leur congé d'un hôpital canadien, ils se voient attribuer un code qui indique le principal motif de leur séjour à l'hôpital. Différentes bases de données utilisent des systèmes de codification différents. La Base de données sur les congés des patients utilise la version canadienne de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10-CA), ce dont nous tenons compte dans notre méthodologie.

‡ Les troubles inclus dans ce diagnostic (code CIM-10-CA, F12.0-12.9) sont l'intoxication aiguë, l'utilisation nocive pour la santé, le syndrome de dépendance, le syndrome de sevrage, le syndrome de sevrage avec delirium, le trouble psychotique, le syndrome amnésique, le trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive, les autres troubles mentaux et du comportement et le trouble mental ou du comportement sans précision.

et le Yukon (pour 2014-2015 à 2020-2021) ont communiqué des informations diagnostiques complètes (correspondant au niveau 3 du SNISA). Par conséquent, ces trois provinces/territoire ont été utilisés dans l'analyse primaire des coûts liés aux consultations à l'urgence, puis les coûts et le nombre de consultations à l'urgence pour toutes les autres provinces et territoires ont été imputés à partir de cette base. Afin d'imputer les coûts à toutes les autres provinces, des tableaux récapitulatifs pour l'Ontario et l'Alberta ont été créés, lesquels indiquent les coûts des consultations à l'urgence par province/territoire, année, sexe, groupe d'âge et trouble pour chaque substance. Ces tableaux récapitulatifs ont été compilés pour chaque trouble de santé, ce qui a permis d'obtenir un tableau des coûts pour chaque province/territoire, année, sexe et groupe d'âge.

Avec les informations de l'Alberta et de l'Ontario de 2007 à 2020 et du Yukon de 2015 à 2020, les coûts de consultations à l'urgence pour les autres provinces ont été imputés selon la formule 2 :

$$Coût_{a,p,s,g} = Coût_{a,PT,s,g} \times \frac{CSSH_p}{CSSH_{PT}} \times \frac{population_{a,p,s,g} \times prévalence_{a,p,s,g}}{population_{a,PT,s,g} \times prévalence_{a,PT,s,g}}$$

(Formule 2)

où a est l'année, p est la province/territoire imputé, PT est la province/territoire disposant d'informations complètes (Ontario, Alberta ou Yukon) utilisées pour effectuer l'imputation, s est le sexe, g est le groupe d'âge et $CSSH$ est la variable du coût d'un séjour standard à l'hôpital au niveau provincial provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les coûts ont été ajustés en fonction d'un facteur de « différence de coûts des soins de santé ». Ce facteur repose sur le rapport des variables de $CSSH$ de l'Ontario et de l'Alberta.

Analyse

Les données relatives aux hospitalisations et aux consultations à l'urgence ont été présentées sous forme de coûts et de taux bruts (pour 100 000 habitants) pour les groupes d'âge de 14 ans et moins, de 15 à 34 ans, de 35 à 64 ans et de 65 ans et plus, puis regroupées par sexe (hommes et femmes). En outre, nous avons calculé la variation en pourcentage de 2019 (soit la première année complète de données

après la légalisation du cannabis au Canada) à 2020 pour les hospitalisations par suite de blessures involontaires attribuables au cannabis afin de connaître la tendance chez les hommes et les femmes au cours des deux premières années après la légalisation du cannabis. Tout au long de cet article, nous avons calculé la variation en pourcentage de 2007 à 2020, afin de comprendre les tendances générales sur l'ensemble de la période étudiée. Enfin, nous avons étudié les hospitalisations et les consultations à l'urgence pour troubles mentaux et comportements attribuables au cannabis grâce à l'analyse de la catégorie de troubles F12 pour 2016 à 2020 (voir la section Résultats). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique R, version 4.3.3 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche) et d'Excel (Microsoft Corp., Redmond, Washington, États-Unis).

Résultats

Hospitalisations

Tendances générales

En 2020, le cannabis fut responsable d'environ 5318 hospitalisations. Le taux brut global d'hospitalisations attribuables au cannabis a augmenté de 120 % entre 2007 et 2020, la majeure partie de cette augmentation ayant eu lieu avant la légalisation du cannabis (2007-2016; tableau 1). Si l'on observe la tendance lors des premières années suivant la légalisation, les hospitalisations ont connu une hausse, passant de 12,8 pour 100 000 habitants en 2019 à 14,0 pour 100 000 habitants en 2020 (soit une hausse de 9 %). La plus forte hausse en pourcentage des taux bruts d'hospitalisations attribuables au cannabis au cours de la période étudiée a été observée chez les jeunes : les filles de moins de 15 ans ont connu une augmentation de 247 % et les garçons de moins de 15 ans, une augmentation de 226 %. De plus, c'est dans le groupe d'âge des 15 à 34 ans que l'écart entre les taux pour les hommes et les femmes s'est le plus creusé par rapport aux autres groupes d'âge.

Tendances par catégorie de problèmes de santé

Entre les deux premières années qui ont suivi la légalisation du cannabis (2019 et 2020), la plus forte hausse des taux bruts d'hospitalisation a été observée pour des blessures involontaires (41 %). Cependant, à titre de comparaison, entre les deux années qui ont précédé la légalisation du

cannabis (2016 à 2018), le taux brut d'hospitalisations pour des blessures involontaires avait augmenté de 72 % (voir la [figure supplémentaire S1 \[en anglais seulement\]](#)). En outre, entre 2019 et 2020, l'augmentation chez les 14 ans et moins a été de 124 % (figure 1) et, alors que le taux brut était plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour la plupart des années, le taux de variation des hospitalisations pour blessures involontaires entre 2019 et 2020 a été plus élevé chez les femmes (60 %) que chez les hommes (24 %; [Tableau supplémentaire S2 \[en anglais seulement\]](#)).

Les coûts par personne liés aux troubles neuropsychiatriques (troubles mentaux et du comportement attribuables au cannabis) sont ceux qui ont le plus augmenté entre 2007 et 2020 (160 %), suivis par les coûts par personne liés aux blessures involontaires (150 %; [Figure supplémentaire S2 \[en anglais seulement\]](#)). Les troubles neuropsychiatriques ont également formé une proportion croissante de l'ensemble des hospitalisations attribuables au cannabis entre 2007 et 2020 ([Tableau supplémentaire S3 \[en anglais seulement\]](#)), et les taux les plus élevés ont été observés dans le groupe d'âge des 15 à 34 ans (figure 1). Le taux d'hospitalisations pour des troubles neuropsychiatriques est demeuré relativement stable de 2016 à 2019 puis a connu une hausse entre 2019 et 2020 (13 %; [Tableau supplémentaire S3 \[en anglais seulement\]](#)). Entre 2019 et 2020, l'augmentation la plus importante a eu lieu dans le groupe des 14 ans et moins (51 %), suivi du groupe des 35 à 64 ans (22 %; figure 1). Par ailleurs, une brève analyse des hospitalisations liées aux collisions de véhicules à moteur attribuables au cannabis montre que les taux ont culminé en 2018, soit une hausse de 37 % par rapport à 2007 (figure 1). Ce taux a légèrement diminué (6 %) après 2018.

Tendances par catégorie de troubles F12 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis)

Âge

Des analyses plus poussées sur les troubles neuropsychiatriques, plus particulièrement la catégorie de troubles F12 (tableau 2), ont montré qu'entre 2019 et 2020, le taux brut d'hospitalisations pour troubles psychotiques (F12.5) attribuables au cannabis a augmenté de 38 %, passant de 2,0 à 2,8 pour 100 000, chez les 35 à 64 ans. Au cours de la même période, les

TABEAU 1
Taux brut global (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations attribuables au cannabis, selon le sexe et l'âge, Canada^a, 2007-2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variation en % entre 2007 et 2020
Femmes	4,1	4,2	3,7	4,4	5,0	5,2	6,2	6,3	7,6	8,2	8,3	9,0	8,8	9,5	134
14 ans et moins	4,1	4,3	4,5	5,9	7,6	7,9	9,3	9,7	10,9	11,8	11,1	13,7	11,6	14,1	247
15 à 34 ans	6,5	6,9	5,7	6,7	7,5	7,4	10,0	9,6	13,0	13,9	15,1	14,8	14,8	15,9	146
35 à 64 ans	3,0	3,1	2,7	3,0	3,2	3,5	3,7	4,1	4,6	5,0	4,8	5,4	5,5	6,4	111
65 ans et plus	2,7	2,7	2,3	2,5	3,2	3,2	3,5	3,6	4,0	4,4	4,5	5,1	5,4	4,0	48
Hommes	8,7	8,6	8,3	9,8	11,5	12,0	12,7	13,9	14,5	16,5	16,9	16,8	16,9	18,5	113
14 ans et moins	5,6	6,2	6,3	7,9	10,6	11,3	12,6	14,0	13,9	15,6	18,1	15,3	15,7	18,2	226
15 à 34 ans	16,8	16,5	15,5	18,7	21,5	22,6	23,9	26,1	27,2	30,9	30,6	31,6	30,4	33,0	97
35 à 64 ans	6,2	6,1	5,9	6,6	7,5	7,7	8,1	8,7	9,6	11,2	11,3	11,5	12,3	13,9	123
65 ans et plus	3,2	3,1	3,0	3,7	4,3	4,7	4,7	5,4	5,5	6,5	6,7	6,8	7,3	6,7	107
Ensemble	6,4	6,4	6,0	7,1	8,2	8,6	9,4	10,1	11,0	12,3	12,6	12,9	12,8	14,0	120

Source des données : Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé, de 2006-2007 à 2020-2021, et Système national d'information sur les soins ambulatoires, de 2006-2007 à 2020-2021.

^a Excluant le Québec.

taux d'hospitalisation pour troubles psychotiques dans le groupe des 15 à 34 ans ont également augmenté de 21 %, passant de 8,7 à 10,6 pour 100 000. Comparativement, avant la légalisation, entre 2016 et 2018, les taux avaient augmenté de 22 % chez les 35 à 64 ans et de 10 % chez les 15 à 34 ans. En outre, les hospitalisations pour intoxication aiguë attribuables au cannabis ont presque triplé entre 2019 et 2020 chez les 14 ans et moins. Les taux globaux de dépendance et de sevrage sont restés stables entre 2019 et 2020, avec toutefois une diminution chez les 15 à 34 ans (19 %) et les 35 à 64 ans (16 %).

Sexe

Le taux brut d'hospitalisations attribuables au cannabis pour cause de troubles psychotiques s'est révélé plus élevé chez les hommes que chez les femmes ([Tableau supplémentaire S4 \[en anglais seulement\]](#)), tant avant la légalisation (2016-2018) qu'au cours des deux premières années ayant suivi la légalisation (2019-2020), avec toutefois un taux d'augmentation entre 2019 et 2020 plus marqué chez les femmes (34 %) que chez les hommes (22 %).

Consultations à l'urgence

Tendances générales

En 2020, le cannabis a été à l'origine d'environ 37 341 consultations à l'urgence. De 2007 à 2019, les coûts par personne liés aux consultations à l'urgence attribuables

au cannabis ont augmenté de 95 %, avant de diminuer légèrement en 2020 ([Tableau supplémentaire S5 \[en anglais seulement\]](#)). De même, le taux brut de consultations à l'urgence attribuables au cannabis a augmenté de 113 % entre 2007 et 2019, puis a diminué de 12 % entre 2019 et 2020.

Tendances par groupe d'âge et par sexe

Les taux de consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont culminé en 2019 dans tous les groupes d'âge, puis ont diminué en 2020 (figure 2). Sur l'ensemble de la période étudiée (2007-2020), les taux de consultations à l'urgence ont été les plus élevés chez les 15 à 34 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. De plus, le groupe d'âge des 14 ans et moins a affiché le pourcentage d'augmentation le plus élevé (136 %), suivi des 15 à 34 ans (112 %), des 35 à 64 ans (91 %) et des 65 ans et plus (9 %). Au cours des deux premières années ayant suivi la légalisation (2019-2020), tous les groupes d'âge ont connu un déclin des consultations à l'urgence attribuables au cannabis. En outre, le nombre de consultations à l'urgence attribuables au cannabis a été continuellement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. À partir de 2007, les taux de consultations à l'urgence ont augmenté de 108 % chez les hommes et de 120 % chez les femmes jusqu'en 2019, puis ont diminué de respectivement 12 % et 11 % en 2020 (figure 2).

Tendances en fonction de la catégorie de troubles F12 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis)

Âge

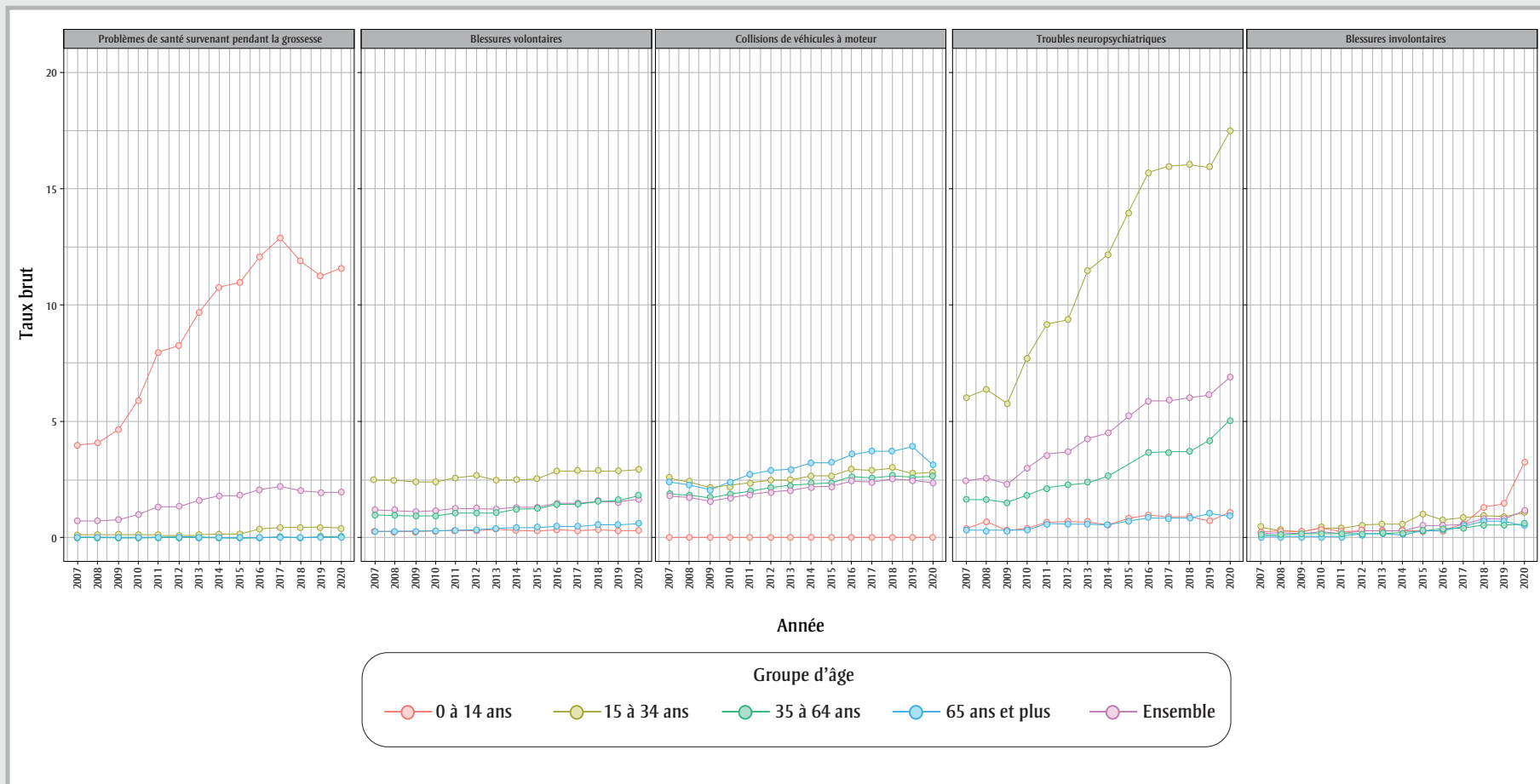
En 2020, chez les 14 ans et moins, les intoxications aiguës (F12.0) ont été à l'origine de la plupart des consultations à l'urgence pour troubles mentaux et comportementaux attribuables à la consommation de cannabis (48 %), suivies par l'utilisation nocive pour la santé (F12.1) (43 %; tableau 3). De plus, en 2020, 42 % de l'ensemble des consultations à l'urgence pour troubles mentaux et du comportement chez les 15 à 34 ans étaient liées à une utilisation de cannabis nocive pour la santé et 27 %, à une intoxication aiguë. De 2016 à 2018, les intoxications aiguës ont augmenté de 135 % dans l'ensemble des groupes d'âge.

Entre 2019 et 2020, le taux brut de troubles psychotiques (F12.5) chez les 15 à 34 ans a affiché la plus forte hausse, soit de 20 %, passant de 12,9 à 15,5 pour 100 000. Au cours de la même période, les consultations à l'urgence pour des syndromes de dépendance et de sevrage (F12.2, F12.3, F12.4) ont augmenté de 15 % chez les 15 à 34 ans et de 32 % chez les 35 à 64 ans.

Sexe

En 2020, le taux brut de consultations à l'urgence pour troubles mentaux et du comportement attribuables au cannabis le plus élevé à la fois chez les hommes et

FIGURE 1
Taux brut (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations attribuables au cannabis, selon les problèmes de santé et l'âge, Canada^a, 2007-2020



Remarque : Les blessures involontaires comprennent les empoisonnements involontaires et les incendies.

^a Exclut les hospitalisations au Québec.

TABEAU 2
Taux brut d'hospitalisations attribuables au cannabis (pour 100 000) en fonction de la catégorie de troubles F12^a (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis), selon l'âge, Canada^b, 2016-2020

Trouble F12	2016	2017	2018	2019	2020
Intoxication aiguë	0,3	0,2	0,4	0,3	0,3
14 ans et moins	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3
15 à 34 ans	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4
35 à 64 ans	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2
65 ans et plus	0,3	0,1	0,4	0,4	0,3
Dépendance et sevrage	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
14 ans et moins	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
15 à 34 ans	1,1	1,1	1,0	1,1	0,9
35 à 64 ans	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
65 ans et plus	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Utilisation nocive pour la santé	1,1	1,2	1,1	1,1	1,0
14 ans et moins	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3
15 à 34 ans	3,2	3,3	3,1	3,1	2,5
35 à 64 ans	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6
65 ans et plus	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Trouble psychotique	2,6	2,6	2,8	3,2	4,0
14 ans et moins	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
15 à 34 ans	7,3	7,1	8,1	8,7	10,6
35 à 64 ans	1,3	1,6	1,6	2,0	2,8
65 ans et plus	0,2	0,2	0,0	0,2	0,3
Ensemble des autres troubles	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
14 ans et moins	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
15 à 34 ans	1,7	2,0	2,2	1,8	2,0
35 à 64 ans	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5
65 ans et plus	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Ensemble	5,0	5,1	5,4	5,7	6,4

^a Catégorie de codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA).

^b Exclut les hospitalisations au Québec.

chez les femmes ([Tableau supplémentaire S6 \[en anglais seulement\]](#)) concernait les utilisations nocives pour la santé, suivies par les intoxications aiguës. Entre 2019 et 2020, c'est le taux brut d'utilisation nocive pour la santé chez les femmes qui a connu la plus forte hausse, passant de 10,8 à 11,8 pour 100 000 (10 %), par rapport à celui des hommes, qui a diminué de 18,7 à 17,7 pour 100 000 (5 %).

Analyse

Dans l'ensemble, dans tous les groupes d'âge et pour tous les problèmes de santé, les hospitalisations et les consultations à l'urgence ont connu une hausse entre 2007 et 2020. La légalisation du cannabis non médical en 2018 et la pandémie de COVID-19 en 2020 peuvent avoir influencé ces tendances, plus particulièrement en ce

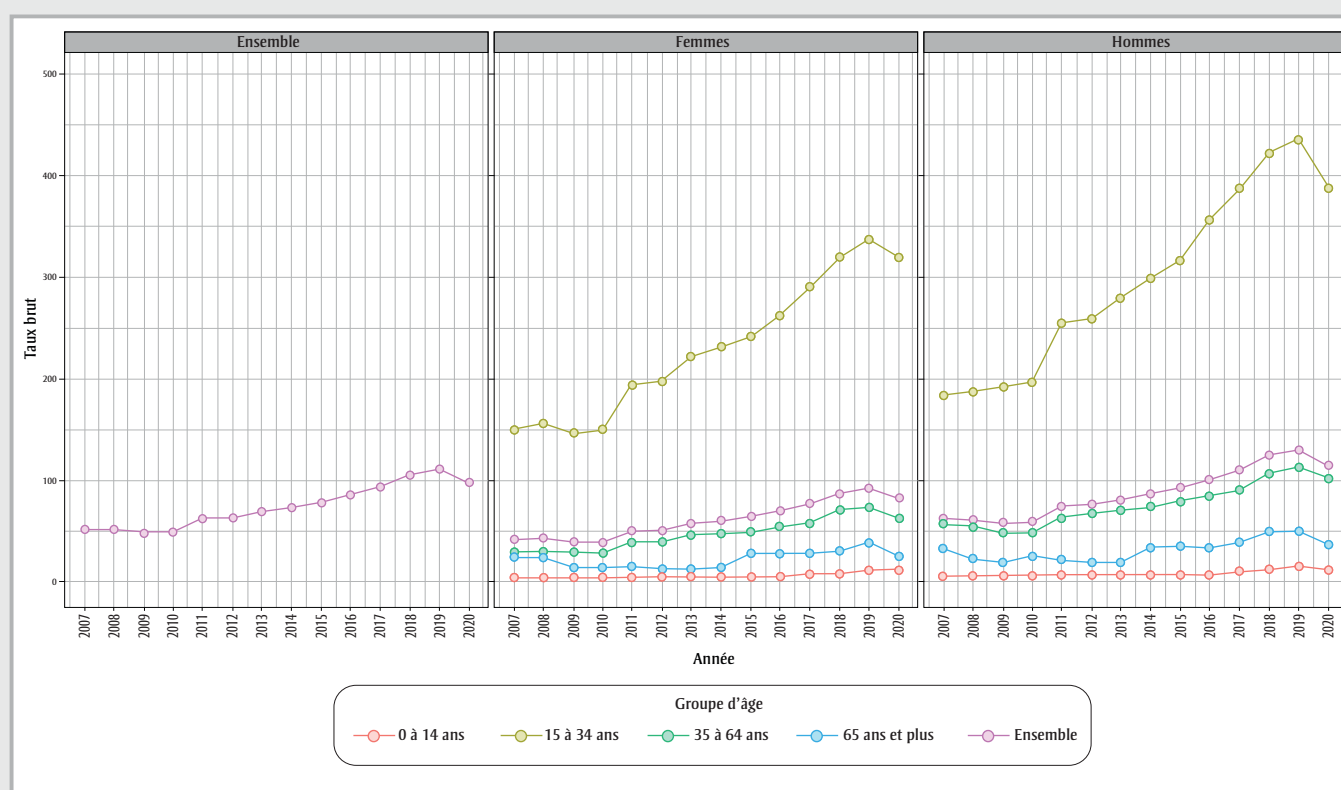
qui concerne les hospitalisations attribuables à des blessures involontaires et à des troubles neuropsychiatriques. Cependant, la consommation de cannabis et les méfaits qui en découlent ont globalement augmenté au fil du temps⁶. Ces résultats cadrent avec ceux découlant de recherches, de plus en plus nombreuses, qui montrent un lien entre la consommation fréquente et à long terme de cannabis et les troubles psychotiques et autres troubles mentaux^{13,32}.

Tendances en matière d'hospitalisations selon le problème de santé, l'âge et le sexe

Le taux brut d'hospitalisations dues à la consommation de cannabis a augmenté de 120 % entre 2007 et 2020 et de 9 % au cours des deux premières années ayant suivi la légalisation du cannabis non médical à la fin de 2018 (2019-2020). La

hausse du nombre d'hospitalisations attribuables à des troubles neuropsychiatriques, des collisions de véhicules à moteur et des blessures involontaires liés au cannabis (dont les empoisonnements) a contribué à cette tendance. Ce sont les coûts par personne d'hospitalisations attribuables à des troubles neuropsychiatriques qui ont connu la plus forte hausse au cours des 14 ans, suivis par les coûts par personne liés aux blessures involontaires, tandis que c'est le taux brut d'hospitalisations pour blessures involontaires qui a affiché la plus forte augmentation (plus du quintuple) au cours de la période étudiée (2007-2020). Au cours des deux années ayant précédé la légalisation du cannabis (2016-2018), le taux d'hospitalisations pour blessures involontaires a augmenté de 72 %. De 2019 à 2020, ces taux ont continué à augmenter, bien que

FIGURE 2
Taux brut (pour 100 000) des consultations à l'urgence attribuables au cannabis, selon l'âge et le sexe, Canada^a, 2007-2020



Remarque : Comme les informations sur les problèmes de santé ayant mené à une consultation à l'urgence n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces et tous les territoires, elles ne sont pas présentées.

^a Exclut les consultations à l'urgence au Québec.

dans une moindre mesure (41 %), par rapport à la hausse observée avant la légalisation. Les 14 ans et moins et les femmes ont affiché les plus fortes hausses des taux bruts d'hospitalisations pour blessures involontaires après 2018 (respectivement 124 % et 60 %).

Il est important de noter que, pendant la première année de la légalisation (octobre 2018 à octobre 2019), la vente de produits comestibles à base de cannabis n'était pas encore légale au Canada. Les recherches portent à penser que les produits comestibles à base de cannabis (par exemple, jujubes, bonbons, chocolats, pains et pâtisseries) ont été associés à un plus grand nombre d'empoisonnements involontaires que les autres formes de produits du cannabis³³. Alors que ce rapport présente la tendance nationale, d'autres recherches ont révélé que les taux d'hospitalisations pour empoisonnements dus au cannabis chez les enfants étaient plus élevés dans les provinces/territoires qui ne restreignaient pas certains types de produits comestibles à base de cannabis,

en particulier les produits attrayants pour les enfants et les jeunes^{34,35}. Une éducation continue favorisant l'entreposage sûr des produits comestibles à base de cannabis et une surveillance future des tendances, puisque les produits comestibles sont devenus largement disponibles sur le marché légal et que les produits sont attrayants pour les enfants et les jeunes, seront nécessaires pour déterminer s'il convient de mettre en œuvre une politique supplémentaire sur la vente, l'emballage, l'entreposage ou l'étiquetage de ces produits afin de prévenir les méfaits liés au cannabis comme l'empoisonnement, plus particulièrement chez les 14 ans et moins³⁶⁻³⁸.

La plupart des hospitalisations attribuables au cannabis au cours de la période étudiée concernaient des troubles neuropsychiatriques, et ces hospitalisations ont continué à augmenter après 2018, plus particulièrement chez les 14 ans et moins. Ces problèmes correspondent à une gamme de diagnostics, dont les psychoses. Les hospitalisations pour troubles psychotiques

chez les 35 à 64 ans ont augmenté de 38 % entre 2019 et 2020. D'autres études ont également fait état d'une augmentation des hospitalisations et des consultations à l'urgence pour des psychoses liées au cannabis après la légalisation^{10,39}. Cette augmentation peut être en partie due à l'amélioration et à l'élargissement des connaissances des fournisseurs de soins de santé sur la consommation de cannabis et les troubles connexes au Canada⁴⁰. Cependant, d'autres études ont fait état de preuves non concluantes d'une augmentation des troubles psychiatriques après la légalisation⁴⁰.

Des données probantes révèlent que des niveaux plus élevés de consommation de cannabis augmentent le risque de manifestations psychotiques⁴¹. La consommation d'un cannabis plus puissant a aussi été associée à un risque accru de psychose⁴², et certaines études montrent que la fréquence de consommation de cannabis est associée à un risque accru de troubles neuropsychiatriques, en particulier chez les jeunes⁴³⁻⁴⁵. Des recherches

TABEAU 3
Taux brut de consultations à l'urgence attribuables au cannabis (pour 100 000) par catégorie de troubles F12^a (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis), selon l'âge, Canada^b, 2016-2020

Trouble F12	2016	2017	2018	2019	2020
Intoxication aiguë	4,5	6,7	10,6	12,7	11,1
14 ans et moins	1,0	2,0	2,8	4,4	2,9
15 à 34 ans	12,2	17,6	26,1	28,2	24,9
35 à 64 ans	2,2	3,4	6,4	9,2	8,1
65 ans et plus	1,0	1,6	3,0	3,8	3,5
Dépendance et sevrage	1,7	2,0	2,0	2,3	2,6
14 ans et moins	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2
15 à 34 ans	4,9	5,5	6,0	6,6	7,6
35 à 64 ans	0,9	1,0	0,9	1,0	1,3
65 ans et plus	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0
Utilisation nocive pour la santé	8,1	10,6	12,6	14,7	14,7
14 ans et moins	1,8	2,7	2,9	3,7	2,6
15 à 34 ans	23,2	30,5	34,7	37,5	38,7
35 à 64 ans	3,5	4,2	6,1	8,8	8,8
65 ans et plus	0,6	0,9	1,4	1,9	1,6
Trouble psychotique	2,4	3,3	3,9	4,5	5,4
14 ans et moins	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
15 à 34 ans	7,5	9,8	11,5	12,9	15,5
35 à 64 ans	0,9	1,4	1,9	2,2	3,0
65 ans et plus	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Ensemble des autres troubles	1,1	1,3	1,6	2,1	1,9
14 ans et moins	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
15 à 34 ans	3,4	3,7	4,8	5,5	5,3
35 à 64 ans	0,4	0,5	0,7	1,2	1,0
65 ans et plus	0,1	0,0	0,2	0,3	0,2
Ensemble	17,9	23,8	30,8	36,2	35,8

^a Catégorie de codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA).

^b Exclut les consultations à l'urgence au Québec.

révèlent qu'il existe des risques et des méfaits propres au genre associés à la consommation de cannabis, notamment lorsque la fréquence et les habitudes de consommation sont prises en compte⁴⁶. Par exemple, les jeunes hommes consomment du cannabis plus souvent et en plus grandes quantités, et sont plus susceptibles d'en consommer seuls, augmentant ainsi leur risque de dépendance et de maladies mentales par rapport à celui des jeunes femmes⁴⁶.

Par conséquent, une surveillance étroite des tendances sur le plan des troubles neuropsychiatriques attribuables au cannabis et des indicateurs relatifs au cannabis (fréquence de consommation, puissance des produits utilisés et niveau global d'exposition au cannabis) sera nécessaire pour mieux établir le profil des méfaits

potentiels. La littérature actuelle souligne la nécessité de rendre plus équitable l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, de même que de sensibiliser le public⁴⁷, en particulier les jeunes et les jeunes adultes, dans la mesure où l'éducation actuelle est inadéquate⁴⁸.

Tendances en matière de consultations à l'urgence selon le problème de santé, l'âge et le sexe

Les coûts globaux par personne liés aux consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont augmenté de 95 % entre 2007 et 2019, puis ont légèrement diminué (de 2 %) entre 2019 et 2020³. Le taux brut global de consultations à l'urgence a également augmenté (113 %) entre 2007 et 2019, pour ensuite diminuer (12 %) entre

2019 et 2020. C'est chez les 14 ans et moins et chez les 15 à 34 ans que les méfaits ont affiché la plus forte hausse de 2007 à 2018, soit l'année de la légalisation du cannabis. Myran et ses collaborateurs ont également constaté que les consultations à l'urgence attribuables au cannabis avaient augmenté avant sa légalisation à la fin de 2018³⁵.

En outre, en 2020, près de la moitié (48 %) des consultations à l'urgence pour troubles mentaux et du comportement attribuables au cannabis chez les 14 ans et moins concernaient des intoxications aiguës. Bien que des recherches n'aient révélé aucune différence dans le taux global de consultations à l'urgence en raison d'une intoxication aiguë après la légalisation du cannabis, les consultations chez les 18 à 29 ans ont augmenté de plus de

50 %⁴⁹. Nous avons également constaté que les consultations à l'urgence pour des syndromes de dépendance et de sevrage ont augmenté entre 2019 et 2020 chez les 15 à 34 ans et chez les 35 à 64 ans. De plus, des recherches ont conclu que, dans l'ensemble, l'utilisation nocive, l'intoxication aiguë et la dépendance étaient les causes les plus fréquentes de consultations à l'urgence par suite d'accidents de la route attribuables au cannabis entre 2010 et 2021⁵⁰.

En général, les taux de consultations à l'urgence dans tous les groupes d'âge ont probablement été influencés par la réduction du recours aux services de soins de santé en raison de la pandémie, notamment les consultations à l'urgence, et par la perturbation des habitudes de vie au quotidien^{3,51,52}. Les recherches ont révélé que le renforcement progressif des restrictions sur la vente au détail de cannabis dans certaines provinces a également eu une influence sur les tendances observées pendant la pandémie³⁵. Par conséquent, pour déterminer les tendances post-pandémiques liées aux consultations à l'urgence en raison de la consommation de cannabis, le maintien d'une surveillance est nécessaire. Des recherches futures pourraient porter sur la façon dont les réglementations provinciales et territoriales sur le cannabis ont eu une incidence sur les méfaits attribuables au cannabis au cours de la période de reprise après la pandémie.

Points forts et limites

L'un des principaux points forts de notre étude est que nous avons estimé les méfaits de la consommation de substances qui étaient entièrement attribuables à la consommation de cannabis et ceux qui l'étaient partiellement, et ce, entre 2007 et 2020, ce qui a permis une analyse des données au fil du temps. L'étude présente toutefois certaines limites. Le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) a été exclu du calcul du nombre d'hospitalisations, en raison de l'incompatibilité de sa base de données avec la CIM-10. De plus, pour l'Ontario et le Manitoba, il y a probablement une sous-estimation du nombre d'hospitalisations et des coûts.

Une autre limite de cette étude, et de l'étude de coûts sous-jacente, est le grand nombre de données imputées nécessaires pour procéder à l'analyse des consultations

à l'urgence. Les données de niveau 3 du SNISA n'étaient disponibles que pour trois provinces/territoires (l'Ontario pour les exercices 2006-2007 à 2020-2021, l'Alberta pour les exercices 2010-2011 à 2020-2021 et le Yukon pour 2015 à 2020). Par conséquent, les coûts et le nombre de consultations à l'urgence ont été imputés pour les autres provinces au moyen des groupes provinciaux normalisés, afin d'obtenir un rapport à l'échelle nationale. En outre, les estimations n'étaient disponibles que jusqu'en 2020. Il est donc difficile de distinguer les premiers effets de la légalisation de ceux de la pandémie. D'autres données montrent que les hospitalisations et les consultations à l'urgence pour des empoisonnements au cannabis et des troubles mentaux et du comportement ont continué à augmenter entre 2020 et 2021⁵³. Outre une augmentation du taux de consultations à l'urgence et d'hospitalisations attribuables au cannabis chez les enfants, d'autres recherches ont constaté une gravité accrue des cas de consultation à l'urgence, en particulier chez les enfants de 12 ans et moins^{35,54-56}.

Conclusion

Cet article présente les indicateurs des méfaits attribuables au cannabis et des coûts associés sur une période de 14 ans. Nos résultats montrent une tendance à la hausse des hospitalisations et des consultations à l'urgence pour des troubles neuropsychiatriques et des empoisonnements attribuables au cannabis, plus particulièrement chez les enfants et les jeunes. C'est pourquoi une surveillance exhaustive des méfaits liés au cannabis est nécessaire, ainsi que la prestation de services et d'une éducation adéquats, afin d'assurer la santé et la sécurité des personnes à risque.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier John Dorocicz et à souligner ses contributions à la méthodologie et à l'analyse de cette étude et à l'ensemble de l'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada depuis 2016. Les auteurs souhaitent également remercier Cathleen de Groot pour son soutien technique et son expertise en tant que spécialiste de l'information dans le cadre de la préparation du manuscrit.

Financement

Ces travaux ont pu être réalisés grâce au soutien financier de Santé Canada.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

EB, RMS : conception.

RM, AS, RMS : analyse formelle.

PK, TS, EB, AG, AS, RM, JZ, AZ (Groupe de travail sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada) : méthodologie (étude sous-jacente).

AS : méthodologie (étude actuelle).

RM : administration de projet.

RM : conception des tableaux et figures.

RM, RMS : rédaction de la première version du manuscrit.

RM, AS, RG, CS, SW, MY : 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. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Cannabis. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-12/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cannabis-2020-fr.pdf>
2. Statistique Canada. De la recherche aux connaissances : le cannabis au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [modification le 16 oct. 2023; consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2023006-fra.htm>
3. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023 [consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://cemusc.ca/documents/reports/francais/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2023-fr.pdf>

4. Santé Canada. Enquête canadienne sur le cannabis de 2022 : Sommaire [Internet]. [Enquête]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [modification le 16 déc. 2022; consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2022-sommaire.html>
5. Santé Canada. Enquête canadienne sur le cannabis de 2023 : Sommaire [Internet]. [Enquête]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [modification le 18 jan. 2024; consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2023-sommaire.html>
6. Imtiaz S, Nigatu YT, Ali F, et al. Cannabis legalization and cannabis use, daily cannabis use and cannabis-related problems among adults in Ontario, Canada (2001-2019). *Drug Alcohol Depend.* 2023;244:109765. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109765>
7. Fischer B, Hall W, Fidalgo TM, et al. Recommendations for reducing the risk of cannabis use-related adverse psychosis outcomes: a public mental health-oriented evidence review. *J Dual Diagn.* 2023;19(2-3):71-96. <https://doi.org/10.1080/15504263.2023.2226588>
8. Memedovich KA, Dowsett LE, Spackman E, Noseworthy T, Clement F. The adverse health effects and harms related to marijuana use: an overview review. *CMAJ Open.* 2018;6(3):E339-E346. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180023>
9. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le taux d'hospitalisations liées à l'utilisation de substances en baisse chez les jeunes, mais plus élevé qu'avant la pandémie [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2023 [consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/nouvelles/le-taux-dhospitalisations-liees-a-lutilisation-de-substances-en-baisse-chez-les-jeunes>
10. Myran DT, Gaudreault A, Konikoff L, Talarico R, Liccardo Pacula R. Changes in cannabis-attributable hospitalizations following nonmedical cannabis legalization in Canada. *JAMA Netw Open.* 2023;6(10):e2336113. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36113>
11. Varin M, Champagne A, Venugopal J, et al. Trends in cannabis-related emergency department visits and hospitalizations among children aged 0–11 years in Canada from 2015 to 2021: spotlight on cannabis edibles. *BMC Public Health.* 2023;23(1):2067. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16987-9>
12. Brubacher JR, Chan H, Erdelyi S, Staples JA, Asbridge M, Mann RE. Cannabis legalization and detection of tetrahydrocannabinol in injured drivers. *N Engl J Med.* 2022;386(2):148-156. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2109371>
13. Maloney-Hall B, Wallingford SC, Konefal S, Young MM. Troubles psychotiques et consommation de cannabis : évolution des hospitalisations au Canada, 2006-2015. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2020; 40(5-6):197-204. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.06f>
14. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2006.
15. Collins DJ, Lapsley HM. The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05. Canberra (AU) : Australian Government Department of Health and Ageing; 2008. En ligne à : https://nadk.flinders.edu.au/application/files/3013/8551/1279/Collins_Lapsley_Report.pdf
16. Single E, Collins D, Easton B, et al. International guidelines for estimating the costs of substance abuse. Geneva (CH): World Health Organization; 2003. En ligne à : <https://iris.who.int/handle/10665/42603>
17. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Base de données sur les congés des patients, 2006-2007 à 2020-2021. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022.
18. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2006/2007 à 2020/2021. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022.
19. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Coût d'un séjour standard à l'hôpital, 2020-2021, Méthodologie. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022.
20. Zhao J, Stockwell T, Sorge J, et al. Development of the Canadian Substance Use Exposure Database (CanSUED): Modeling the prevalence of substance use in Canadian jurisdictions, 2006 to 2017. *Research Square* [prépublication]. 2020 [consultation le 4 avril 2024]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-15494/v1>
21. Degenhardt L, Charlson F, Stanaway J, et al. Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(12):1385-1398. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30325-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30325-5)
22. Brown SW, Vanlaar WG, Robertson RD. Le problème des collisions liées à l'alcool et aux drogues au Canada : 2014. Ottawa (Ont.) : Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé; 2018. En ligne à : https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/2014%20Alcohol%20and%20Drug%20Crash%20Problem%20Report_6_FR.pdf
23. Brown SW, Vanlaar WG, Robertson RD. Le problème des accidents liés à l'alcool et à la drogue au Canada – Rapport de 2013. Ottawa (Ont.) : Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé; 2017. En ligne à : https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/2013_Alcohol_and_Drug_Crash_Problem_Report-FR.pdf
24. Brown SW, Vanlaar WG, Robertson RD. Le problème des accidents liés à l'alcool et à la drogue au Canada – Rapport de 2012. Ottawa (Ont.) : Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé; 2017. En ligne à : https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/2012_Alcohol_Drug_Crash_Problem_Report_Final_December_2015_FR.pdf

25. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2010. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2013. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2010.pdf
26. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2007. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2010. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2007.pdf
27. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2009. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2011. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2009.pdf
28. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2008. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2010. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2008.pdf
29. Evarts B. Fire loss in the United States during 2018. Quincy (MA): National Fire Protection Association; 2019. En ligne à : https://www.maine.gov/dps/fmo/sites/maine.gov/dps.fmo/files/inline-files/nfpa_firelossinus_2018.pdf
30. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. En ligne à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
31. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01 : Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et genre [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 15 déc. 2022]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1710000501-fra>
32. Myran DT, Harrison LD, Pugliese M, et al. Transition to schizophrenia spectrum disorder following emergency department visits due to substance use with and without psychosis. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(11):1169-1174. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3582>
33. Coret A, Rowan-Legg A. Unintentional cannabis exposures in children pre- and post-legalization: a retrospective review from a Canadian paediatric hospital. *Paediatr Child Health*. 2022;27(5):265-271. <https://doi.org/10.1093/pch/pxab090>
34. Myran DT, Tanuseputro P, Auger N, Konikoff L, Talarico R, Finkelstein Y. Pediatric hospitalizations for unintentional cannabis poisonings and all-cause poisonings associated with edible cannabis product legalization and sales in Canada. *JAMA Health Forum*. 2023;4(1):e225041. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.5041>
35. Myran DT, Pugliese M, Tanuseputro P, Cantor N, Rhodes E, Taljaard M. The association between recreational cannabis legalization, commercialization and cannabis-attributable emergency department visits in Ontario, Canada: an interrupted time-series analysis. *Addiction*. 2022;117(7):1952-1960. <https://doi.org/10.1111/add.15834>
36. Hammond D. Communicating THC levels and “dose” to consumers: implications for product labelling and packaging of cannabis products in regulated markets. *Int J Drug Policy*. 2021;91:102509. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.004>
37. Matheson J, Le Foll B. Cannabis legalization and acute harm from high potency cannabis products: a narrative review and recommendations for public health. *Front Psychiatry*. 2020;11:591979. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.591979>
38. Myran DT, Tanuseputro P, Auger N, Konikoff L, Talarico R, Finkelstein Y. Edible cannabis legalization and unintentional poisonings in children. *N Engl J Med*. 2022;387(8):757-759. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2207661>
39. Myran DT, Pugliese M, Roberts RL, et al. Association between non-medical cannabis legalization and emergency department visits for cannabis-induced psychosis. *Mol Psychiatry*. 2023;28(10):4251-4260. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02185-x>
40. Hall W, Stjepanović D, Dawson D, Leung J. The implementation and public health impacts of cannabis legalization in Canada: a systematic review. *Addiction*. 2023;118(11):2062-2072. <https://doi.org/10.1111/add.16274>
41. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull*. 2016;42(5):1262-1269. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>
42. Petrilli K, Ofori S, Hines L, Taylor G, Adams S, Freeman TP. Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(9):736-750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4)
43. Freeman TP, Winstock AR. Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychol Med*. 2015;45(15):3181-3189. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001178>
44. Robinson T, Ali MU, Easterbrook B, et al. Identifying risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and development of cannabis use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2022;238:109582. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109582>
45. Robinson T, Ali MU, Easterbrook B, Hall W, Jutras-Aswad D, Fischer B. Risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and the development of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023;53(9):3858-3868. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000502>

46. Goodman A. Différences dans les perceptions des adolescents et des adolescentes entourant le cannabis au Canada. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2021. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-07/CCSA-Cannabis-Perceptions-Canadian-Adolescent-Report-2021-fr.pdf>
47. Kourgiantakis T, Lee E, Kosar AK, et al. Youth cannabis use in Canada post-legalization: service providers' perceptions, practices, and recommendations. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2023;18(1):36. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00550-1>
48. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Légalisation et réglementation du cannabis au Canada, sous l'angle de la santé publique. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. En ligne à : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Cannabis_Act_Legislative_review_update_1_fr.pdf
49. Baraniecki R, Panchal P, Malhotra DD, Aliferis A, Zia Z. Acute cannabis intoxication in the emergency department: the effect of legalization. *BMC Emerg Med*. 2021;21(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00428-0>
50. Myran DT, Gaudreault A, Pugliese M, Manuel DG, Tanuseputro P. Cannabis-involved traffic injury emergency department visits after cannabis legalization and commercialization. *JAMA Netw Open*. 2023;6(9):e2331551. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31551>
51. Finkelstein Y, Maguire B, Zemek R, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on patient volumes, acuity, and outcomes in pediatric emergency departments: a nationwide study. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(8):427-434. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002484>
52. Kim S, Rajack N, Mondoux SE, Tardelli VS, Kolla NJ, Le Foll B. The COVID-19 impact and characterization on substance use-related emergency department visits for adolescents and young adults in Canada: practical implications. *J Eval Clin Pract*. 2023;29(3):447-458. <https://doi.org/10.1111/jep.13817>
53. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : méfaits causés par l'utilisation de substances, blessures auto-infligées et chutes accidentelles [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/consequences-inattendues>
54. Callaghan RC, Sanches M, Vander Heiden J, Kish SJ. Impact of Canada's cannabis legalisation on youth emergency department visits for cannabis-related disorders and poisoning in Ontario and Alberta, 2015-2019. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(5):1104-1113. <https://doi.org/10.1111/dar.13637>
55. Cohen N, Galvis Blanco L, Davis A, et al. Pediatric cannabis intoxication trends in the pre and post-legalization era. *Clin Toxicol (Phila)*. 2022;60(1):53-58. <https://doi.org/10.1080/15563650.2021.1939881>
56. Yeung ME, Weaver CG, Hartmann R, Haines-Saah R, Lang E. Emergency department pediatric visits in Alberta for cannabis after legalization. *Pediatrics*. 2021;148(4):e2020045922. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-045922>

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 dénommé 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 %),

TABEAU 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 ^E (51,9 à 97,9)	85,9 (70,5 à 101,4)	F	95,2 (85,5 à 104,8)	64,3 ^E (33,7 à 94,9)	57,5 ^E (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)

Abbréviations : 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.

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

Contributions des auteures 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 auteures; 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 Gadin K. Understanding adolescent mental health: the influence of social processes, doing gender and gendered power relations. *Soc 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>

Recherche quantitative originale

Blessures et décès par arme à feu en Colombie-Britannique (Canada) : épidémiologie et profils de défavorisation

Mojgan Karbakhsh, M.D., M.S.P. (1); Fahra Rajabali, M. Sc. (1); Alex Zheng, M. Sc. (1); Ian Pike, Ph. D. (1,2)

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

Résumé

Introduction. Les blessures par arme à feu sont un problème de santé publique important au Canada. Cette étude vise à déterminer le taux d'incidence des blessures par arme à feu en Colombie-Britannique (C.-B.) et à étudier leur répartition en fonction de caractéristiques démographiques, de l'intention, de la résidence en milieu urbain ou rural et de la défavorisation du quartier.

Méthodologie. Des données dépersonnalisées sur les décès et les hospitalisations (2010-2019) ont été extraites des statistiques de l'état civil de la C.-B. et de la Base de données sur les congés des patients, par l'entremise du ministère de la Santé de la C.-B. Nous avons eu recours à l'Indice canadien de défavorisation multiple pour analyser la marginalisation à l'échelle de l'aire de diffusion.

Résultats. Notre étude a porté sur 1868 blessures par arme à feu, mortelles et non mortelles, dont 46,4 % de blessures auto-infligées. Le taux annuel de blessures était de 3,93 pour 100 000. Les taux les plus élevés ont été observés chez les hommes de 15 à 34 ans, ainsi que dans les régions rurales et éloignées, dans les quartiers dont la composition ethnoculturelle était la moins diversifiée et dans les quartiers où les degrés de vulnérabilité situationnelle et de dépendance économique étaient les plus élevés. Nous n'avons pas observé de différence de taux significative entre les quintiles d'instabilité résidentielle. Les caractéristiques de marginalisation associées aux lésions auto-infligées correspondaient au profil de défavorisation agrégé. Les agressions étaient plus fréquentes dans les quartiers où la vulnérabilité situationnelle était élevée et où les populations étaient diversifiées et les lésions accidentelles étaient plus fréquentes dans les quartiers où la vulnérabilité situationnelle était élevée.

Conclusion. Cette étude a révélé que les blessures par arme à feu ne sont pas réparties uniformément au sein de la population de C.-B. lorsqu'on tient compte des déterminants démographiques, de la défavorisation des quartiers ainsi que des milieux urbains ou ruraux de résidence. Nous avons observé divers profils de défavorisation selon l'intention à l'origine de la blessure ou du décès. Ces résultats montrent l'importance de s'attaquer aux causes profondes des blessures par arme à feu par des interventions systémiques axées sur la prévention du suicide, la réduction de la pauvreté ainsi que la promotion de l'emploi et de l'éducation.

Mots-clés : armes à feu, Canada, facteurs socioéconomiques, régions rurales, suicide, blessures, blessures par balle, mortalité

Introduction

Les blessures par arme à feu constituent un important problème de santé publique

au Canada. Selon l'étude Global Burden of Disease sur la charge mondiale de morbidité, elles ont causé 875 décès dans la population canadienne en 2019, avec un

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



Points saillants

- Entre 2010 et 2019, 1035 Britanno-Colombiens ont été tués et 833 autres grièvement blessés par des armes à feu.
- En Colombie-Britannique, 46,4 % des blessures et des décès par arme à feu découlent de gestes auto-infligés intentionnels.
- Les taux les plus élevés ont été observés chez les hommes de 15 à 34 ans et dans les régions rurales et éloignées de la Colombie-Britannique.
- Les quartiers ayant une population peu diversifiée et des degrés élevés de vulnérabilité situationnelle et de dépendance économique présentaient des taux supérieurs de blessures graves ou mortelles par arme à feu.
- Ces résultats montrent l'importance de s'attaquer aux causes profondes des blessures par arme à feu au moyen de mesures visant la prévention du suicide, la réduction de la pauvreté ainsi que la promotion de l'emploi et de l'éducation.

taux de mortalité plus de trois fois supérieur à celui enregistré en Australie, en Angleterre et en Irlande¹. Avec un taux d'années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI) de 108,9 pour 100 000 en 2019, les blessures par arme à feu représentaient 39 789 AVAI à l'échelle de

Rattachement des auteurs :

1. BC Injury Research and Prevention Unit, Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Mojgan Karbakhsh, BC Injury Research and Prevention Unit, F508, 4480 Oak Street, Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3V4; courriel : mojgan.karbakhsh@bcchr.ca

la population canadienne (3854 années de vie perdues et 35 935 années de vie avec une incapacité)¹.

Le suicide compte pour plus des trois quarts des décès par arme à feu au Canada, soit plus du double du taux mondial de 0,68 pour 100 000 personnes¹. Lorsqu'on compare les taux de suicide par arme à feu dans les pays à revenu élevé qui comptent plus de 10 millions d'habitants, le Canada arrive au troisième rang, derrière les États-Unis et le Chili². Par ailleurs, une étude canadienne a montré que les principales causes externes de blessures non mortelles par arme à feu étaient les agressions, lorsque la blessure motivait une hospitalisation, et les décharges accidentelles, lorsqu'elle motivait seulement une consultation à l'urgence³.

Au Canada, le taux de crimes violents commis à l'aide d'une arme à feu a commencé à augmenter en 2014 et a augmenté de 20 % sur la période de six ans allant de 2015 à 2020 par rapport aux six années précédentes. En 2017, la hausse des homicides commis dans deux provinces (la Colombie-Britannique [C.-B.] et le Québec) a conduit à une hausse nationale du nombre d'homicides. L'augmentation observée en C.-B. s'est produite à la fois dans les régions urbaines et rurales et s'explique en partie par le nombre accru d'homicides liés aux gangs et d'homicides commis à l'aide d'armes à feu⁴. La hausse du nombre d'homicides commis à l'aide d'une arme à feu en C.-B. découle d'une augmentation des homicides à Vancouver (+ 7 victimes), à Abbotsford-Mission (+ 4) et dans les régions n'étant pas des RMR* (+ 10); au Québec, l'augmentation est le résultat de la fusillade de masse survenue en janvier 2017 dans une mosquée de Québec (+ 6)⁴.

En 2020, le taux de crimes violents commis à l'aide d'une arme à feu a nettement augmenté dans certaines provinces canadiennes, en particulier dans les régions rurales du sud de la Colombie-Britannique, où la hausse a atteint 34 %⁶. Les crimes violents commis à l'aide d'une arme à feu engendrent des coûts estimés de 294,4 millions de dollars par année en C.-B., avec des coûts humains (soins de santé, productivité et valeur de la vie statistique) représentant 64 % de ce montant,

suivis par les coûts liés au système de justice pénale et à la prestation de programmes⁷.

Environ 26 % des ménages canadiens posséderaient au moins une arme à feu, mais cette répartition est très variable entre les provinces et les territoires⁸. D'après l'enquête internationale de 1996 auprès des victimes de crime, la majorité des ménages canadiens propriétaires d'armes à feu possédaient au moins une arme d'épaule, et la possession d'armes de poing était plus répandue en C.-B. qu'ailleurs au Canada (16 % de propriétaires d'armes à feu)⁹. Une autre étude sur la répartition régionale des méthodes de protection personnelle au Canada a révélé que, pour la période 1999-2004, en comparaison des Ontariens, les Britannico-Colombiens étaient deux fois plus nombreux à posséder des armes à feu à des fins de protection et 10 % plus nombreux à porter des armes¹⁰. Cette étude a également montré que la population des milieux ruraux affichait des taux 2,3 fois plus élevés de possession d'armes à feu, mais des taux inférieurs de port d'armes, un constat qui pourrait s'expliquer par l'existence, en milieu rural, d'une culture de possession d'armes à feu pour la chasse, la protection contre les animaux sauvages, l'autodéfense contre les criminels et les loisirs¹⁰.

Des études antérieures ont démontré que la défavorisation du quartier est l'un des principaux déterminants de l'incidence et de la gravité des blessures, ce qui inclut les blessures par arme à feu. Par exemple, une étude portant sur la population de l'Ontario a fait état d'une surreprésentation des jeunes hommes vivant dans les quartiers urbains où les revenus étaient les plus faibles parmi les cas de blessure par arme à feu non mortelle résultant d'agression¹¹. Une étude dans laquelle les blessures graves ont été analysées selon la situation socioéconomique du quartier dans le Grand Vancouver (C.-B.) a révélé des taux supérieurs de blessures graves dans les secteurs très défavorisés sur le plan social et matériel et a également montré que la défavorisation sociale comptait un peu plus que la défavorisation matérielle dans la variation des taux de blessures¹². Il a, de plus, été établi que le caractère urbain ou rural du milieu est un facteur qui influe sur le taux, le type et

l'issue des blessures par arme à feu, en raison de la disponibilité variable des armes à feu et de l'accès variable aux soins préhospitaliers avancés et aux soins hospitaliers de traumatologie^{13,14}.

Malgré l'importance du fardeau et des coûts qu'engendrent les blessures par arme à feu, leur épidémiologie et leur répartition en fonction du degré de défavorisation et du type de milieu urbain ou rural n'ont pas fait l'objet d'une étude approfondie en C.-B. Or la connaissance des déterminants des blessures par arme à feu et des tendances associées à leur survenue est essentielle à l'adoption de politiques et de pratiques aptes à en réduire le fardeau. En outre, la littérature traitant de l'épidémiologie des blessures par arme à feu repose en grande partie sur des études américaines. Dans ce contexte, la publication de données sur la situation au Canada sera bénéfique pour la prévention et pour l'élaboration de politiques. La visée générale de cette étude est d'estimer le taux d'incidence des blessures graves et des décès par arme à feu chez les résidents de la C.-B. ainsi que d'analyser ces taux en fonction du degré de défavorisation des quartiers et en fonction des milieux urbains ou ruraux de résidence. Les objectifs plus spécifiques sont de déterminer 1) les taux bruts et normalisés de blessures par arme à feu en C.-B., 2) la tendance globale et selon l'intention sur la période à l'étude et 3) la répartition des blessures par arme à feu selon le sexe, le groupe d'âge, l'intention, le type d'arme à feu, le milieu urbain ou rural de résidence et la défavorisation du quartier.

Méthodologie

Approbation éthique

L'approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche sur les femmes et les enfants de l'Université de la Colombie-Britannique (n° H22-03453).

Source et analyse des données

Après approbation du comité d'éthique, les données dépersonnalisées sur les décès par arme à feu survenus entre les années civiles 2010 et 2019 chez des résidents de la C.-B. ont été extraites des statistiques de l'état civil de la C.-B., ces

* Une RMR (région métropolitaine de recensement) est une région composée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'une grande région urbaine appelée « noyau urbain ». La RMR doit compter au moins 100 000 habitants, dont au moins 50 000 habitants dans le noyau urbain. Une région autre qu'une RMR est une région géographique qui ne correspond pas à la définition d'une RMR⁵.

dernières ayant été obtenues auprès du ministère de la Santé de la C.-B. dans le cadre d'une entente de partage de données avec la BC Injury Research and Prevention Unit (BCIRPU; données extraites en août 2022). Les données dépersonnalisées sur les hospitalisations liées aux armes à feu proviennent de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et ont été obtenues auprès du ministère de la Santé de la C.-B. et extraites par la BCIRPU. Les dossiers relatifs aux décès de patients hospitalisés ($n = 51$) ont été supprimés pour éviter une comptabilisation en double. La BDCP est une base de données nationale gérée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle contient des renseignements administratifs, démographiques et cliniques sur les sorties (congés) d'hôpital dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada, à l'exception du Québec.

La principale variable dépendante de l'étude est la survenue d'une blessure, mortelle ou non mortelle, attribuable à une décharge d'arme à feu et ayant eu lieu pendant la période d'étude. Les lésions correspondantes ont été identifiées à l'aide des codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada (CIM-10-CA) et analysées en nombres absolus, proportions et taux pour 100 000 habitants. Les variables explicatives sont le sexe, le groupe d'âge, l'intention (agression, lésion auto-infligée intentionnelle, lésion accidentelle, intervention de la force publique et intention non déterminée), le type d'arme à feu (fusil, carabine et arme à feu de plus grande taille; arme de poing; arme à balles BB; fusil à air comprimé; autre arme à feu précisée; arme à feu sans précision), le quintile de défavorisation du quartier et le milieu urbain ou rural de résidence.

Nous avons utilisé l'Indice canadien de défavorisation multiple (ICDM), qui fournit une mesure indirecte de la défavorisation et de la marginalisation d'une personne¹⁵. Pour élaborer cet indice géographique, Statistique Canada a utilisé des microdonnées tirées du recensement de 2016 au niveau des aires de diffusion, les plus petites zones géographiques normalisées pour lesquelles toutes les données du recensement sont diffusées. L'ICDM permet une compréhension approfondie des inégalités grâce à la répartition des zones en quintiles selon quatre dimensions : composition ethnoculturelle, vulnérabilité situationnelle, dépendance économique et

instabilité résidentielle. Pour chaque dimension, le premier quintile représente la zone la moins défavorisée et le cinquième quintile, la zone la plus défavorisée. En ce qui concerne la composition ethnoculturelle, la population la moins diversifiée demeure dans les quartiers du 1^{er} quintile et la plus diversifiée dans les quartiers du 5^e quintile. Outre l'indice national, l'ICDM compte trois indices provinciaux et deux indices régionaux¹⁵. L'indice provincial de la C.-B. a été jumelé aux données administratives, avec comme identificateur commun l'aire de diffusion.

Le calcul des taux d'incidence pour 100 000 habitants correspond à la somme du nombre de blessures mortelles et non mortelles par arme à feu divisée par la population de la C.-B. pour la période de 10 ans à l'étude. Le taux d'incidence annuel des blessures par arme à feu, normalisé selon l'âge et le sexe dans la population britanno-colombienne, a été établi avec comme population de référence la population du recensement de 2016, afin de permettre la comparaison entre provinces. Des intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été attribués, à l'aide de la méthode de Wilson¹⁶, aux taux correspondant à chaque quintile des dimensions de l'ICDM. L'étude des tendances temporelles globales et selon l'intention repose sur une analyse de régression linéaire simple.

Le milieu urbain ou rural de résidence a été défini à partir des sept catégories de zones de services de santé communautaire (métropole, grand centre urbain, moyen centre urbain, petit centre urbain, centre rural, région rurale et région éloignée), d'après le recensement de 2016¹⁷. En C.-B., la prestation des services de santé relève de cinq entités administratives (les régions régionales), qui sont subdivisées en 89 circonscriptions sanitaires. Ces circonscriptions sanitaires regroupent 218 zones de services de santé communautaire et 7208 aires de diffusion. Pour cette étude, l'aire de diffusion correspondant au lieu de résidence a servi au classement dans la catégorie de milieu urbain ou rural. Les taux de blessures ont ensuite été calculés par catégorie. Les fréquences observées dans les régions rurales et dans les régions éloignées ont été regroupées, ce qui facilite la comparaison, car les taux étaient semblables dans les deux catégories.

Le taux de létalité équivaut à la proportion de blessures mortelles par arme à feu sur

le nombre total de blessures par arme à feu. Il a été stratifié en fonction des principales variables de l'étude et est présenté en pourcentages.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide de la version 26 de SPSS Statistics (IBM Corp., Armonk, New York, États-Unis), et le test du chi carré a permis d'analyser les différences entre la répartition par intention et le milieu urbain ou rural de résidence, ainsi qu'entre le taux de létalité et la résidence en milieu urbain ou rural, avec un seuil de signification de $\alpha \leq 0,05$.

Résultats

Au total, 1868 résidents de la C.-B. ont subi des blessures par arme à feu pendant la période à l'étude (taux de létalité de 55,4 %), soit un taux d'incidence annuel de 3,93 pour 100 000 et un taux normalisé selon l'âge et le sexe de 3,90 pour 100 000 habitants. Le taux annuel de décès par arme à feu était de 2,18 (taux normalisé de 2,11) pour 100 000 habitants.

L'âge moyen (écart-type) était de 43,4 ans (19,3) pour l'ensemble des personnes incluses, de 34,7 ans (14,1) chez les personnes qui ont survécu à leurs blessures et de 50,0 ans (20,0) chez les personnes qui en sont décédées. Les lésions auto-infligées intentionnelles représentaient 46,4 % des blessures par arme à feu, suivies des blessures résultant d'une agression (29,2 %) et des lésions accidentelles (19,1 %). Le tableau 1 présente la répartition des blessures par arme à feu (fréquence et taux) selon les caractéristiques démographiques, l'intention et le milieu urbain ou rural de résidence. La majorité des personnes blessées étaient des hommes (91,8 %). Les blessures survenues chez des femmes comptaient pour 13,0 % des blessures liées à une agression, pour 13,6 % des blessures à intention non déterminée, pour 9,3 % des lésions accidentelles et pour 4,6 % des lésions auto-infligées intentionnelles.

Les taux n'ont présenté aucune tendance temporelle significative au cours de la période à l'étude, que ce soit globalement ou selon l'intention (figure 1).

Les taux les plus élevés de blessures par arme à feu (toutes intentions confondues) ont été observés chez les 15 à 24 ans (5,69; IC à 95 % : 5,11 à 6,33) et les 25 à

TABEAU 1
Fréquence et taux de blessures par arme à feu selon les caractéristiques démographiques, l'intention et le milieu urbain ou rural de résidence, Colombie-Britannique, 2010-2019

Caractéristique	Catégories	n (%)	Taux ^a (IC à 95 %)	Taux de létalité (%)
Sexe	Homme	1714 (91,8)	7,28 (6,95 à 7,63)	56,0
	Femme	154 (8,2)	0,64 (0,55 à 0,75)	48,7
Groupe d'âge (ans)	Moins de 15	23 (1,2)	0,33 (0,22 à 0,50)	21,7
	15 à 24	338 (18,1)	5,69 (5,11 à 6,33)	37,9
	25 à 34	410 (21,9)	6,20 (5,63 à 6,83)	37,6
	35 à 44	267 (14,3)	4,24 (3,76 à 4,78)	44,6
	45 à 54	275 (14,7)	3,91 (3,47 à 4,39)	57,5
	55 à 64	245 (13,1)	3,68 (3,25 à 4,17)	77,6
	65 à 74	162 (8,7)	3,57 (3,06 à 4,16)	87,0
	75 à 84	105 (5,6)	4,34 (3,59 à 5,25)	95,2
	85 et plus	43 (2,3)	4,11 (3,05 à 5,54)	93,0
Intention	Agression	545 (29,2)	1,15 (1,06 à 1,35)	36,1
	Lésion auto-infligée intentionnelle	867 (46,4)	1,83 (1,71 à 1,95)	92,7
	Lésion accidentelle	356 (19,1)	0,75 (0,68 à 0,83)	4,8
	Intervention de la force publique	41 (2,2)	0,09 (0,06 à 1,17)	24,4
	Intention non déterminée	59 (3,2)	0,12 (0,09 à 1,60)	11,9
Milieu urbain ou rural	Métropole	590 (31,6)	2,59 (2,39 à 2,80)	41,2
	Grand centre urbain	162 (8,7)	2,55 (2,19 à 2,97)	51,9
	Moyen centre urbain	352 (18,8)	5,44 (4,90 à 6,04)	52,6
	Petit centre urbain	168 (9,0)	5,07 (4,36 à 5,89)	61,3
	Centre rural	107 (5,7)	4,86 (4,02 à 5,87)	69,2
	Région rurale	398 (21,3)	8,01 (7,27 à 8,84)	72,4
	Région éloignée	27 (1,4)	7,84 (5,39 à 10,79)	74,1
	Donnée inconnue	64 (3,4)	n.d.	59,4

Source des données : Statistiques de l'état civil de la C.-B. et Base de données sur les congés des patients, par l'entremise du ministère de la Santé de la C.-B.

Abréviations : C.-B., Colombie-Britannique; n.d., non disponible.

Remarque : Les pourcentages correspondent aux fréquences relatives par colonne; N = 1868.

^a Taux pour 100 000 personnes.

34 ans (6,20; IC à 95 % : 5,63 à 6,83) (tableau 1). Ces deux groupes d'âge présentaient les taux les plus élevés de blessures par arme à feu accidentelles et de blessures par arme à feu liées à une agression, tandis que les 75 ans et plus affichaient le taux le plus élevé de blessures par arme à feu auto-infligées intentionnelles (figure 2). Les taux les plus élevés de blessures par arme à feu selon l'âge et le sexe ont été observés chez les hommes de 15 à 24 et de 25 à 34 ans, soit respectivement 11,22 (IC : 9,77 à 12,29) et 11,16 (IC : 10,08 à 12,36) pour 100 000 personnes (données non présentées).

Les taux de blessures par arme à feu les plus élevés ont été observés dans les régions rurales et éloignées (8,00 pour 100 000, IC à 95 % : 7,44 à 9,00; 22,7 % des blessures par arme à feu). Le taux de létalité le plus élevé (72,5 %) a également été observé dans les régions rurales et éloignées. Les centres ruraux arrivaient au second rang, avec 69,2 % de blessures par arme à feu mortelles. Le taux de létalité le plus faible était de 41,2 %, dans les régions métropolitaines ($\chi^2 = 110,8$; $p < 0,001$; $dl = 5$; tableau 1).

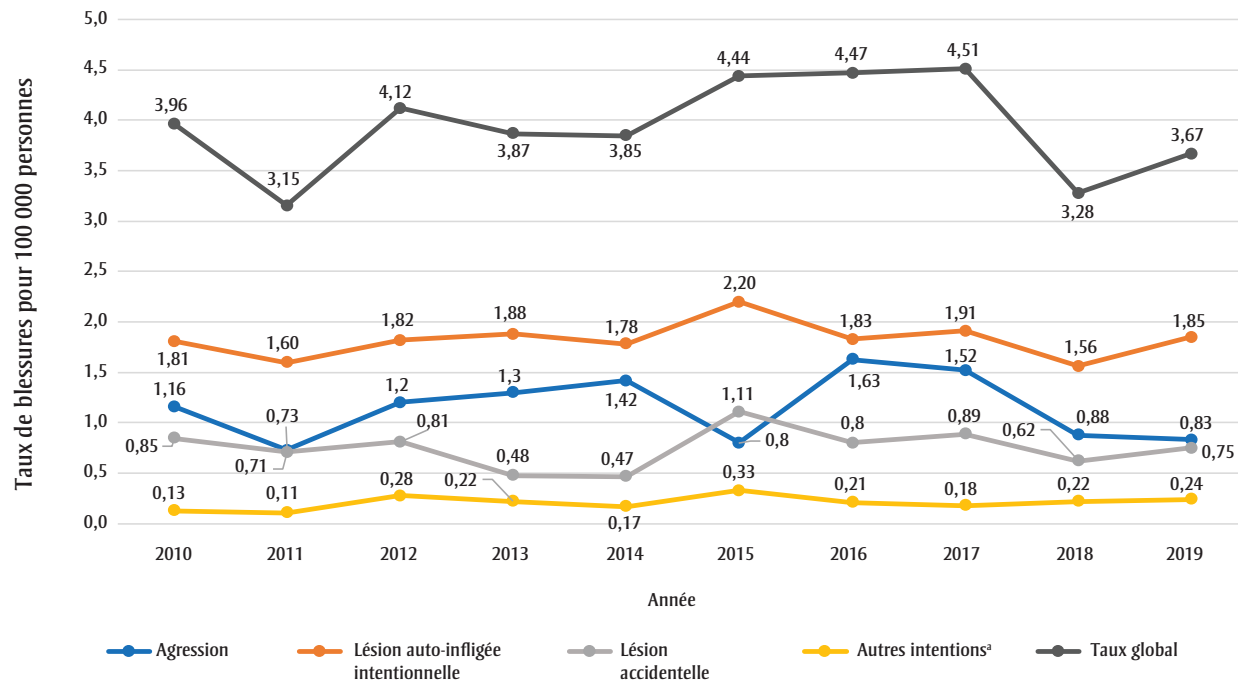
Il y avait une surreprésentation des agressions et des lésions accidentelles dans les

régions métropolitaines (respectivement 50,1 % et 41,9 %), tandis que 34,3 % des lésions auto-infligées intentionnelles ont eu lieu dans les régions rurales et éloignées ($\chi^2 = 236,9$; $p < 0,001$; $dl = 20$; tableau 2).

Près de 21 % des blessures par arme à feu ont été causées par des fusils, des carabines et des armes à feu de plus grande taille, 10,9 %, par des armes de poing et 2,4 %, par des armes à feu sans poudre (armes à balles BB, fusils à air comprimé). Le pourcentage restant est attribuable à d'autres armes à feu (25,5 %) ou à un type d'arme non précisé (40,7 %). Les fusils, carabines ou armes à feu de plus grande taille étaient en cause dans plus du quart des cas de lésions auto-infligées intentionnelles, mais dans une moindre proportion des cas de lésions accidentelles (17,7 %) et d'agression (12,7 %). L'analyse du type d'arme à feu en fonction du milieu urbain ou rural de résidence a révélé que les blessures par arme à feu causées par des fusils, carabines ou armes à feu de plus grande taille étaient plus fréquentes dans les petits centres urbains (33,9 %), les centres ruraux (29,9 %) et les régions rurales et éloignées (28,2 %). En revanche, les blessures par arme à feu attribuables aux armes de poing étaient plus fréquentes dans les grands centres urbains (15,4 %) et les régions métropolitaines (12,7 %). La stratification selon l'intention et le milieu urbain ou rural de résidence a également montré que les fusils, carabines et armes à feu de plus grande taille avaient causé 36,3 % des lésions auto-infligées intentionnelles chez les résidents de petits centres urbains ainsi que 35,3 % des blessures par arme à feu accidentelles et 30,0 % des blessures par arme à feu attribuables à des agressions chez les résidents de centres ruraux.

Les blessures par arme à feu n'étaient pas réparties de façon homogène dans les quatre dimensions de l'ICDM : les taux les plus élevés se retrouvaient dans les quartiers les moins diversifiés sur le plan de la composition ethnoculturelle et dans les quartiers les plus défavorisés sur les plans de la vulnérabilité situationnelle et de la dépendance économique. Il n'y avait aucune différence significative des taux entre les quintiles d'instabilité résidentielle. La stratification selon l'intention a également révélé que la disparité des taux entre les quintiles de composition ethnoculturelle tenait principalement à l'écart entre les taux de lésions auto-infligées

FIGURE 1
Taux de blessures par armes à feu selon l'année et l'intention, Colombie-Britannique, 2010-2019



Source des données : Statistiques de l'état civil de la C.-B. et Base de données sur les congés des patients, obtenues auprès du ministère de la Santé de la C.-B.

Abréviation : C.-B., Colombie-Britannique.

^a Les « autres intentions » comprennent les interventions de la force publique et les intentions non déterminées.

intentionnelles. En revanche, le taux élevé de blessures par arme à feu observé dans le cinquième quintile de vulnérabilité situationnelle correspondait à des taux élevés à la fois de lésions auto-infligées intentionnelles, d'agressions et de lésions accidentelles (figures 3A à 3D).

Les lésions auto-infligées intentionnelles étaient plus fréquentes dans les quartiers ayant une population peu diversifiée (37,5 % dans le 1^{er} quintile de composition ethnoculturelle) et des degrés élevés de dépendance économique et de vulnérabilité situationnelle (respectivement 30,0 % et 27,8 % dans le 5^e quintile des dimensions correspondantes). Les blessures par arme à feu attribuables à des agressions étaient plus nombreuses surtout dans les quartiers ayant une forte diversité ethnoculturelle (34,1 % dans le 5^e quintile) et les quartiers où le degré de vulnérabilité situationnelle était élevé (28,8 % dans le 5^e quintile). Les blessures par arme à feu accidentelles se sont surtout produites

chez les résidents des quartiers où le degré de vulnérabilité situationnelle était élevé (28,4 % dans le 5^e quintile; tableau 3).

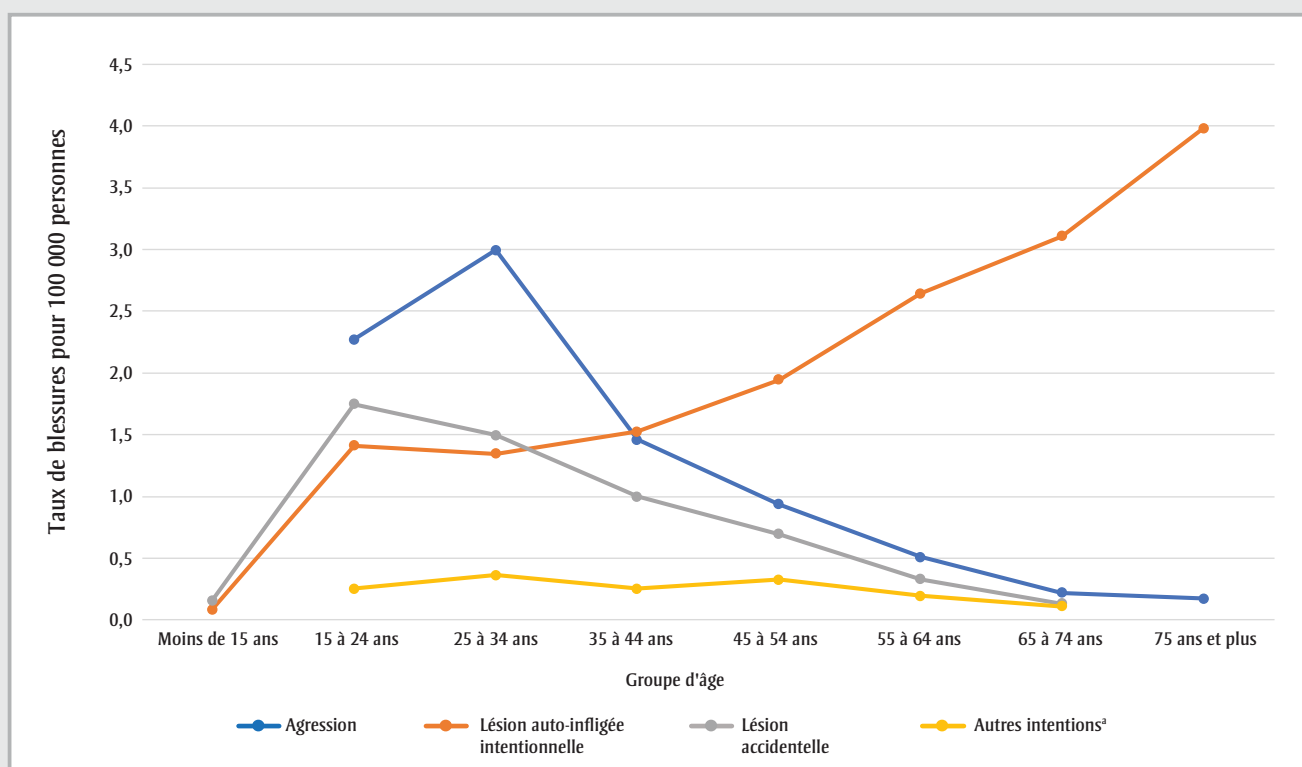
Analyse

Notre étude a révélé que les blessures graves et les décès par arme à feu ne sont pas répartis uniformément au sein de la population de C.-B. lorsqu'on tient compte des déterminants démographiques, de la défavorisation des quartiers et des milieux urbains ou ruraux de résidence. Le taux annuel de blessures par arme à feu ayant mené au décès ou à l'hospitalisation a été de 3,93 pour 100 000 habitants (taux ajusté selon l'âge et le sexe : 3,90 pour 100 000 habitants) entre 2010 et 2019 en C.-B., ce qui est comparable au taux normalisé en Ontario (3,54 pour 100 000 habitants), mais inférieur à celui de la Nouvelle-Écosse (4,44 pour 100 000 habitants)^{11,13}. Toigo et ses collaborateurs³ ont analysé les taux de blessures par arme à feu au Canada, tenant compte des décès,

des hospitalisations et des consultations à l'urgence connexes à l'aide de trois bases de données administratives. Leurs travaux ont fait ressortir des différences importantes entre les provinces et territoires, qui pourraient tenir en partie à des différences dans la possession d'armes à feu entre les milieux urbains et les milieux ruraux. Selon ces chercheurs, les taux de décès et d'hospitalisation liés aux armes à feu étaient de respectivement 2,13 et 2,22 pour 100 000 habitants au Canada (à l'exclusion des hospitalisations au Québec) pendant la période étudiée (2016-2020). Plus des trois quarts des hospitalisations pour blessures par armes à feu ont eu lieu dans les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la C.-B., tandis que les deux tiers des décès par armes à feu se sont produits en Ontario, au Québec et en Alberta³.

Comme des études antérieures l'ont constaté, le taux de blessures par arme à feu a atteint un sommet en 2017 (4,51

FIGURE 2
Taux de blessures par arme à feu selon le groupe d'âge et l'intention, Colombie-Britannique, 2010-2019



Source des données : Statistiques de l'état civil de la C.-B. et Base de données sur les congés des patients, par l'entremise du ministère de la Santé de la C.-B.

Abréviation : C.-B., Colombie-Britannique.

Remarque : Les taux pour lesquels $n < 5$ ne sont pas indiqués, comme le prévoit la politique de partage des données.

^a Les « autres intentions » comprennent les interventions de la force publique et les intentions non déterminées.

pour 100 000)⁴. Néanmoins, aucune tendance significative n'est décelable pour la période à l'étude, que les données aient été analysées globalement ou stratifiées par intention. Le taux global de létalité était de 55,4 % dans notre étude, avec cependant un taux de létalité plus élevé dans les régions rurales et éloignées et dans les groupes d'âge avancé. Le taux global de létalité calculé dans notre étude est plus élevé que celui signalé par Gomez et ses collaborateurs en Ontario, peut-être parce que la proportion de lésions auto-infligées était plus faible dans leur étude qu'en C.-B.¹¹ Il se pourrait aussi que la gravité des blessures ait été globalement moindre dans l'étude de Gomez et ses collaborateurs étant donné l'inclusion des consultations à l'urgence pour des blessures par arme à feu, ce qui pourrait expliquer l'obtention d'un moindre taux de létalité¹¹. À titre de comparaison, Karkada et ses collaborateurs ont signalé un taux de létalité de 72 % chez les patients ayant subi des traumatismes graves (dont

64,9 % de lésions auto-infligées intentionnelles) attribuables à des armes à feu en Nouvelle-Écosse¹³.

Les Britanno-Colombiens de plus de 75 ans présentaient le taux le plus élevé de blessures par arme à feu auto-infligées intentionnelles (3,98 pour 100 000 habitants). La littérature canadienne montre que la proportion de décès par suicide par arme à feu (sur l'ensemble des décès par suicide) augmente de façon significative avec l'âge^{18,19}. Plusieurs facteurs pourraient être en cause : forte proportion de personnes âgées dans les régions rurales et éloignées de la C.-B., deuil d'un proche, problèmes de santé mentale et physique, restrictions financières. Par conséquent, des interventions ciblées auprès des aînés doivent s'ajouter aux approches globales^{20,21}.

Notre étude a montré que le taux le plus élevé de blessures par arme à feu se retrouvait dans les régions rurales et éloignées, principalement en raison du suicide

chez les hommes de plus de 45 ans. Burrows et ses collaborateurs ont observé que le risque de décès par suicide commis à l'aide d'une arme à feu était 3,4 fois plus élevé dans les régions rurales et éloignées que dans les très grandes zones urbaines du Canada, mais une telle différence n'a pas été détectée pour d'autres mesures du suicide²². Le fait d'être un homme et le fait de vivre dans une région rurale, entre autres facteurs de risque, ont été associés de manière significative aux décès par suicide chez les aînés en Ontario, d'après une autre étude réalisée avec des bases de données administratives jumelées sur les soins de santé²³. Selon une revue de la littérature, l'accès aux armes à feu, le statut socioéconomique, l'accès limité aux services de santé mentale, la stigmatisation et l'isolement social contribuent aussi aux taux élevés de mortalité par suicide par armes à feu chez les hommes âgés des régions rurales²⁴, mais d'autres recherches sont nécessaires pour analyser cet écart au cours de la vie.

TABEAU 2
Caractéristiques démographiques et milieu urbain ou rural de résidence des personnes blessées
par des armes à feu, selon l'intention, Colombie-Britannique, 2010-2019

Caractéristique	Catégories	Intention							
		Agression		Lésion auto-infligée intentionnelle		Lésion accidentelle		Intention non déterminée	
		n (%)	Taux de létalité (%)	n (%)	Taux de létalité (%)	n (%)	Taux de létalité (%)	n (%)	Taux de létalité (%)
Sexe	Homme	474 (87,0)	33,5	827 (95,4)	93,2	33 (9,3)	4,6	51 (86,4)	9,8
	Femme	71 (13,0)	53,5	40 (4,6)	82,5	323 (90,7)	6,1	8 (13,6)	25,0
Groupe d'âge (ans)	Moins de 15	n.p.	n.p.	6 (0,7)	66,7	11 (3,1)	9,1	n.p.	n.p.
	15 à 24	135 (24,8)	34,8	84 (9,7)	85,7	104 (29,2)	6,7	12 (20,3)	8,3
	25 à 34	198 (36,3)	34,8	89 (10,3)	91,0	99 (27,8)	1,0	17 (28,8)	17,6
	35 à 44	92 (16,9)	32,6	96 (11,1)	92,7	63 (17,7)	0,0	6 (10,2)	0,0
	45 à 54	66 (12,1)	37,9	137 (15,8)	89,1	49 (13,8)	4,1	6 (10,2)	0,0
	55 à 64	34 (6,2)	44,1	176 (20,3)	96,6	22 (6,2)	9,1	13 (22)	23,1
	65 et plus	16 (2,9)	68,8	279 (32,2)	95,3	8 (2,2)	50,0	n.p.	n.p.
Milieu urbain ou rural ^a	Métropole	266 (50,1)	36,1	146 (17,5)	95,2	145 (41,9)	1,4	14 (25,0)	7,1
	Grand centre urbain	42 (7,9)	35,7	76 (9,1)	88,2	36 (10,4)	2,8	n.p.	n.p.
	Moyen centre urbain	110 (20,7)	32,7	160 (19,2)	90,0	66 (19,1)	3,0	11 (19,6)	9,1
	Petit centre urbain	29 (5,5)	24,1	102 (12,2)	93,1	27 (7,8)	0,0	8 (14,3)	0,0
	Centre rural	20 (3,8)	45,0	64 (7,7)	96,9	17 (4,9)	11,8	5 (8,9)	20,0
	Région rurale et éloignée	64 (12,1)	42,2	286 (34,3)	93,4	55 (15,9)	18,2	15 (26,8)	20,0

Source des données : Statistiques de l'état civil de la C.-B. et Base de données sur les congés des patients, par l'entremise du ministère de la Santé de la C.-B.

Abréviations : C.-B., Colombie-Britannique; n.p., données non présentées, conformément à la politique de partage des données lorsque la valeur est inférieure à 5.

Remarques : Les cas attribuables à une intervention de la force publique ne figurent pas dans ce tableau en raison du faible nombre de valeurs par catégorie après la stratification. Les pourcentages correspondent aux fréquences relatives par colonne.

^a On ne disposait pas de données sur le milieu urbain ou rural de résidence de 64 personnes (3,4 %); les proportions correspondent aux pourcentages valides parmi les cas dont les données étaient connues.

Dans notre étude, même si une part considérable des dossiers n'incluaient pas de renseignements sur le type d'arme à feu, 20,6 % des blessures par arme à feu ont été attribuées à des fusils, carabines et armes à feu de plus grande taille et 10,9 % à des armes de poing. Finley et ses collaborateurs, dont l'étude portait sur les facteurs ayant contribué au décès de patients hospitalisés dans les centres canadiens de traumatologie à la suite de blessures par arme à feu, ont également signalé l'absence d'indication sur le type d'arme à feu dans environ 50 % des cas²⁵. Comme l'ont révélé d'autres études canadiennes, les fusils, carabines et armes à feu de plus grande taille comptaient pour une forte part dans les lésions auto-infligées intentionnelles et dans les blessures subies par les résidents de petits centres urbains, de centres ruraux et de régions rurales et éloignées. En revanche, les blessures attribuables aux armes de poing étaient plus

fréquentes dans les grands centres urbains et les régions métropolitaines²⁶.

Nous avons observé des taux de blessures par arme à feu supérieurs chez les résidents des quartiers classés dans le premier quintile de composition ethnoculturelle (à savoir les régions comptant les plus faibles proportions de personnes qui déclarent faire partie d'une minorité visible[†], qui sont nées à l'étranger, qui ne connaissent aucune des deux langues officielles ou qui sont des immigrants récents). Une étude portant sur la population ontarienne de moins de 25 ans a démontré que les non-immigrants présentaient des taux de blessures par arme à feu accidentelles plus élevés que ceux des immigrants, alors que le taux de blessures par arme à feu attribuables aux agressions était similaire²⁷. Bien qu'il soit nécessaire de poursuivre l'analyse des taux de blessures et

des tendances dans les populations immigrantes au Canada, il semble que des facteurs culturels et le fait de vivre dans un centre urbain à forte densité de communautés immigrantes puissent offrir une protection contre le risque de subir certains types de blessures²⁸.

Cette étude a révélé des taux élevés de blessures par arme à feu chez les personnes exposées à une plus grande vulnérabilité situationnelle. Selon les conclusions d'une étude sur l'association entre les taux de suicide et d'homicide et l'accessibilité des armes à feu dans les provinces canadiennes (1981-2016), la législation sur les armes à feu n'a eu aucun effet bénéfique sur les taux globaux, alors qu'un taux de chômage élevé, un faible revenu et une proportion élevée de population autochtone ont été directement associés aux taux de suicide par arme à feu²⁹. Les

[†] Terminologie utilisée dans la définition de l'ICDM.

FIGURE 3
Taux de blessures par armes à feu selon le quintile de défavorisation du quartier et l'intention, Colombie-Britannique, 2010-2019

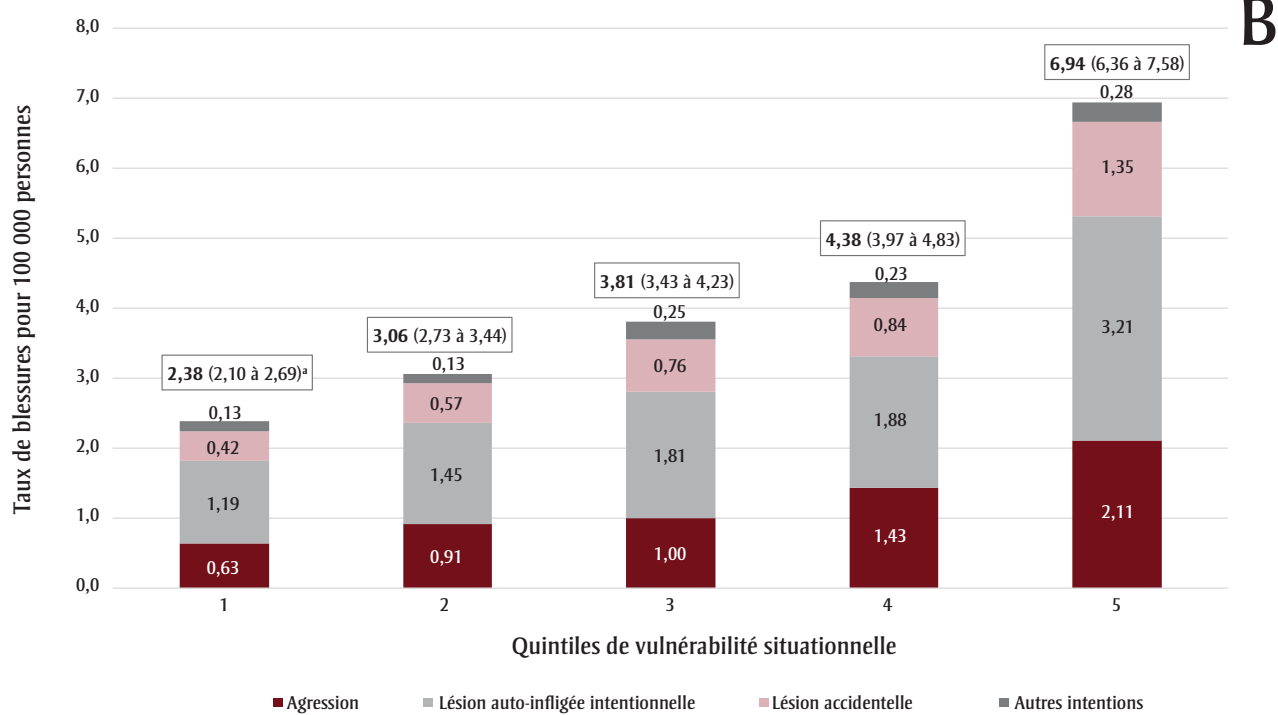
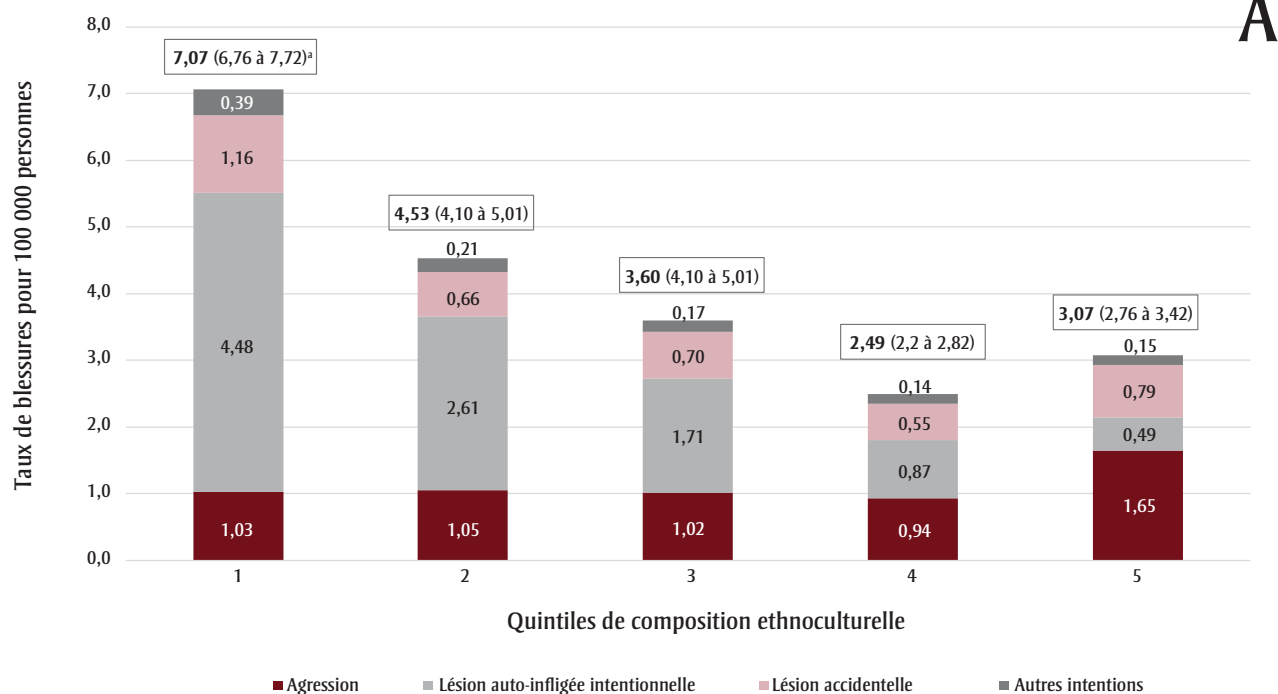
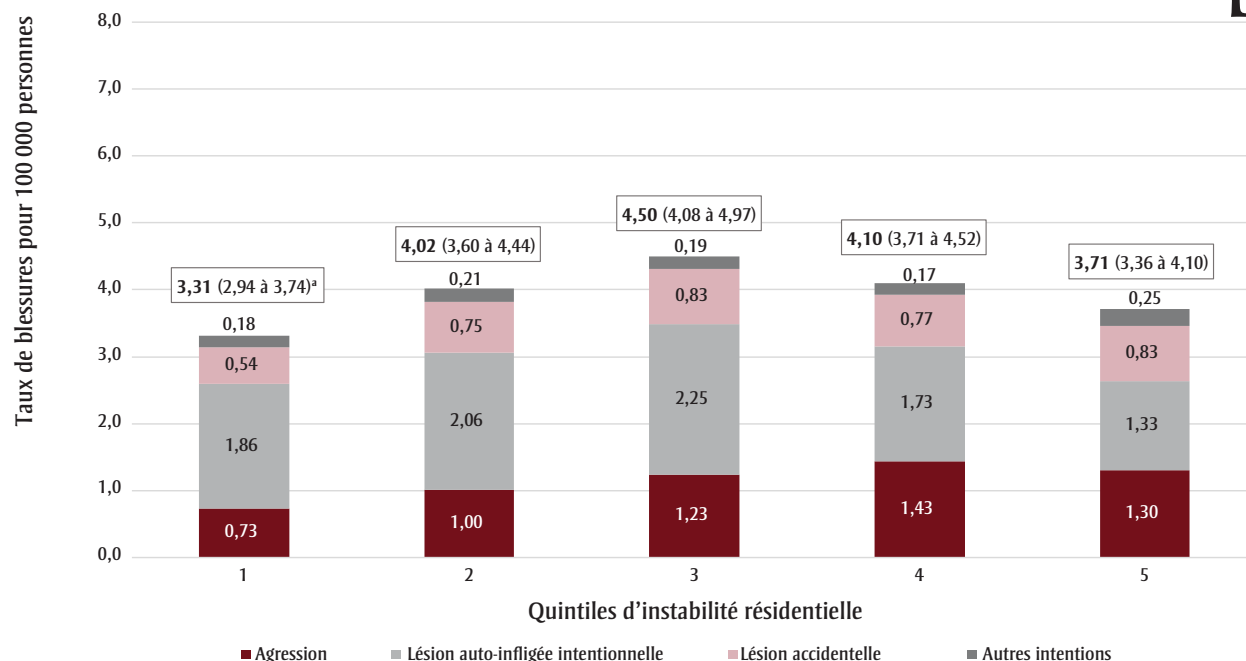
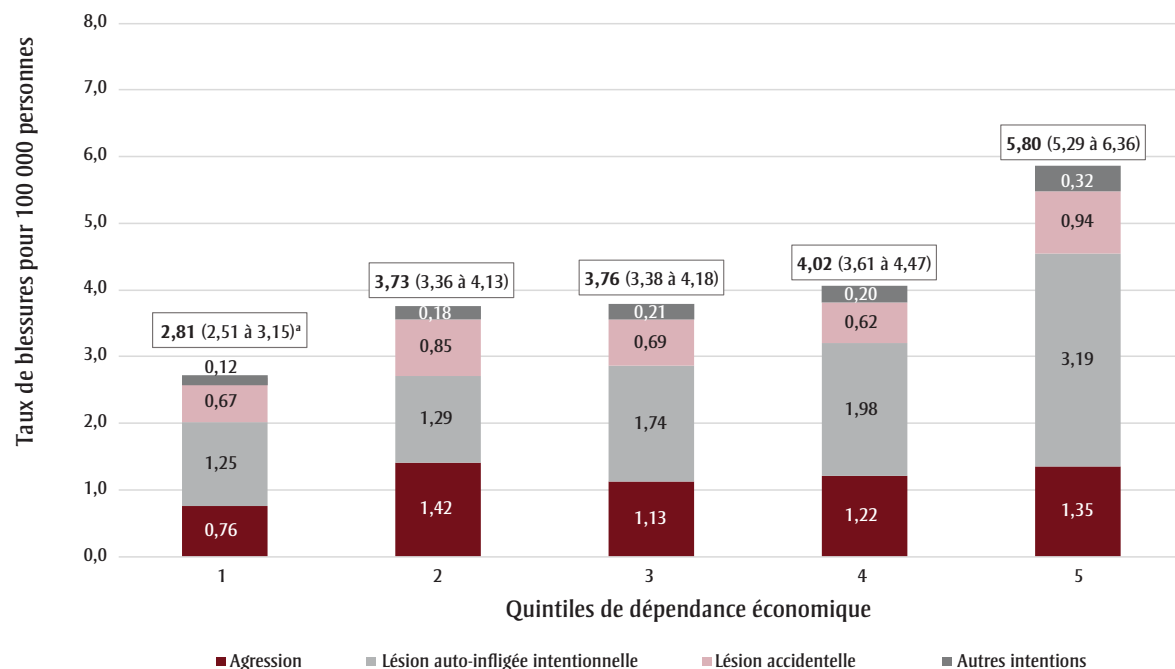


FIGURE 3 (suite)
Taux de blessures par armes à feu selon le quintile de défavorisation du quartier et l'intention, Colombie-Britannique, 2010-2019



Source des données : Données sur les blessures : statistiques de l'état civil de la C.-B. et Base de données sur les congés des patients, par l'entremise du ministère de la Santé de la C.-B. Indices de défavorisation : Statistique Canada.

Abréviation : C.-B.; Colombie-Britannique.

Remarques : Les « autres intentions » comprennent les interventions de la force publique et les intentions non déterminées.

Pour chaque dimension, le 1^{er} quintile correspond à la zone la moins défavorisée et le 5^e quintile à la zone la plus défavorisée. En ce qui concerne la composition ethnoculturelle, la population est la moins diversifiée dans les quartiers du 1^{er} quintile et la plus diversifiée dans les quartiers du 5^e quintile.

^a Taux pour 100 000 et IC à 95 % par quintile.

TABEAU 3
Répartition des blessures par armes à feu et du taux de létalité selon les quintiles des dimensions
de la défavorisation et l'intention, Colombie-Britannique, 2010-2019

Dimension de la défavorisation	Q	n (%) ^a	Taux de létalité (%)	Intention							
				Agression		Lésion auto-infligée intentionnelle		Lésion accidentelle		Intention non déterminée	
				%	Taux de létalité (%)	%	Taux de létalité (%)	%	Taux de létalité (%)	%	Taux de létalité (%)
Composition ethnoculturelle	1	492 (27,4)	67,1	13,6	37,5	37,5	92,6	23,7	11,1	35,2	10,5
	2	385 (21,5)	64,4	16,9	42,7	26,7	91,9	16,4	7,1	27,8	13,3
	3	330 (18,4)	52,7	17,6	24,7	18,9	92,4	18,7	1,6	16,7	11,1
	4	250 (13,9)	50,8	17,8	44,7	10,5	93,1	16,1	3,6	11,1	16,7
	5	336 (18,7)	34,5	34,1	33,3	6,5	98,1	25,1	1,2	9,3	0,0
Vulnérabilité situationnelle	1	248 (13,8)	63,3	12,5	53,0	14,9	97,6	12,9	0,0	11,1	0,0
	2	296 (16,5)	54,7	16,7	34,1	16,8	90,0	16,1	7,3	18,5	20,0
	3	348 (19,4)	56,6	17,2	34,1	19,8	95,8	20,2	4,3	20,4	9,1
	4	401 (22,4)	52,1	24,8	33,6	20,7	90,7	22,5	5,2	22,2	16,7
	5	500 (27,9)	54,0	28,8	32,9	27,8	91,3	28,4	6,2	27,8	6,7
Dépendance économique	1	296 (16,5)	53,7	15,2	38,8	15,9	92,4	20,8	5,6	9,3	20,0
	2	361 (20,1)	47,6	25,9	32,1	15,0	98,4	24,0	1,2	18,5	10,0
	3	344 (19,2)	54,7	19,5	39,8	19,1	89,9	18,4	3,2	24,1	0,0
	4	337 (18,8)	58,5	19,3	32,4	20,0	94,6	15,2	5,8	18,5	10,0
	5	455 (25,4)	61,3	20,1	38,7	30,0	90,8	21,6	9,5	29,6	18,0
Instabilité résidentielle	1	263 (14,7)	62,4	11,0	32,8	17,8	95,3	12,6	0,0	14,8	12,5
	2	353 (19,7)	60,9	16,7	44,3	21,8	93,4	19,3	6,1	16,7	11,1
	3	398 (22,2)	59,0	20,6	39,4	23,9	92,0	21,3	8,2	24,1	15,4
	4	389 (21,7)	54,5	25,8	40,4	19,7	91,5	21,3	4,1	20,4	18,2
	5	390 (21,8)	43,3	25,9	24,8	16,8	92,1	25,4	4,6	24,1	0,0

Sources des données : Données sur les blessures : statistiques de l'état civil de la C.-B. et Base de données sur les congés des patients, par l'entremise du ministère de la Santé de la C.-B. Indices de défavorisation : Statistique Canada.

Abréviations : C.-B., Colombie-Britannique; Q, quintile.

Remarques : Les cas attribuables à une intervention de la force publique ne figurent pas dans ce tableau en raison du faible nombre de valeurs par catégorie après la stratification. Les pourcentages correspondent aux fréquences relatives par colonne.

^a On ne disposait pas de données sur le quintile de défavorisation de 75 personnes (4,0 %); les proportions correspondent aux pourcentages valides parmi les cas dont les données étaient connues.

taux de blessures par arme à feu étaient également plus élevés dans les quartiers où la dépendance économique était forte. Cette constatation rejoint celle de Gomez et ses collaborateurs, qui ont observé des taux élevés de blessures par arme à feu dans les secteurs de l'Ontario où le revenu du quartier était faible¹¹.

Nous n'avons pas observé de différence de taux significative entre les quintiles d'instabilité résidentielle. Les résultats des études antérieures sont mitigés en ce qui a trait à l'association entre l'instabilité résidentielle à l'échelle de la collectivité et les blessures par arme à feu^{30,31}. Quand l'instabilité résidentielle est élevée dans un secteur, il se peut que sa population ait

des difficultés à conserver son lieu de résidence, ce qui nuit à la stabilité des relations communautaires et à l'obtention de soutien formel et informel³². Il y aurait lieu de poursuivre les recherches sur l'association entre cette dimension de la défavorisation du quartier et les blessures par arme à feu en contexte canadien.

Une constatation inédite de notre étude est que les profils de défavorisation différaient selon l'intention à l'origine de la blessure ou du décès. Les caractéristiques de marginalisation associées aux blessures par arme à feu auto-infligées étaient conformes à la tendance globale (sureprésentation dans les régions dont la population est peu diversifiée et où la vulnérabilité

économique et situationnelle est élevée), ce qui n'a rien d'étonnant étant donné que 46,4 % des blessures par arme à feu découlaient de gestes auto-infligés intentionnels. Alors que les lésions accidentelles étaient plus fréquentes dans les quartiers où le degré de vulnérabilité situationnelle était élevé, les blessures liées à des agressions se concentraient dans les quartiers ayant une population diversifiée et dans les secteurs où le degré de vulnérabilité situationnelle était élevé. La petite taille de l'échantillon après stratification par quintile de défavorisation et intention n'a pas permis la comparaison statistique par strate : il faudra mener d'autres recherches pour vérifier si les caractéristiques de défavorisation du quartier diffèrent selon les intentions.

Comme l'ICDM n'avait encore jamais servi à l'étude de disparités dans le contexte des blessures par arme à feu, il existe peu de points de comparaison possibles avec nos constatations. Tout de même, Saunders et ses collaborateurs ont observé des taux inférieurs ou similaires d'agressions chez les jeunes immigrants par rapport aux non-immigrants en Ontario, sauf pour les agressions commises à l'aide d'une arme à feu et les blessures interpersonnelles causées par un objet pointu ou tranchant²⁷.

Au Canada, le gouvernement fédéral a pris différentes mesures législatives et réglementaires : resserrement des règles entourant l'obtention des permis d'armes à feu et l'enregistrement des armes à feu; restrictions visant la possession d'armes de poing par des particuliers ainsi que la vente, l'achat ou le transfert d'armes de poing au pays; vérifications des antécédents pour les achats d'armes à feu et retrait des permis d'armes à feu aux personnes impliquées dans des actes de violence familiale ou de harcèlement criminel; cours obligatoire sur le maniement sécuritaire des armes à feu pour l'obtention d'un premier permis^{33,34}.

Même si les sondages d'opinion démontrent de longue date que les Canadiens appuient fortement le renforcement des lois sur les armes à feu, la *Loi sur l'abolition du registre des armes d'épaule* a suscité une importante controverse, amplifiée par l'augmentation du coût des permis et de l'enregistrement. En fin de compte, cette loi a entraîné un changement majeur de politique en 2012, avec l'élimination du registre des armes d'épaule et l'obligation d'enregistrer uniquement les armes à feu à autorisation restreinte^{35,36}. Des auteurs estiment que la *Loi visant la délivrance simple et sécuritaire des permis d'armes à feu* a elle aussi, en 2015, assoupli le contrôle des armes à feu au Canada à certains égards, notamment pour le transport des armes à feu dans la province de possession. Cette loi a néanmoins suscité les critiques de groupes favorables aux armes à feu, parce qu'elle liait l'obtention d'un premier permis à la réussite d'un cours de sécurité donné en classe, une condition jugée excessive pour la population des régions rurales et nordiques^{37,38}.

Jusqu'à présent, les recherches concernant l'efficacité de la législation canadienne sur le contrôle des armes à feu ont

mené à des conclusions mitigées, selon la période étudiée et les résultats d'intérêt^{10,18,39}. Vu la multiplicité des facteurs qui contribuent aux blessures par arme à feu, il paraît difficile de trouver une intervention qui, à elle seule, serait efficace. Les décideurs pourraient devoir composer avec ce degré d'incertitude et envisager la mise en œuvre de mesures législatives combinées, qui augmenteraient les chances de retombées significatives⁴⁰. Selon une analyse de 130 études réalisées dans 10 pays, la mise en œuvre simultanée de lois ciblant plusieurs éléments du contrôle des armes à feu a été associée à une diminution du nombre de décès par armes à feu dans certains pays⁴¹. Parallèlement à l'étude des liens entre la législation canadienne et les blessures par arme à feu, des activités de recherche et de sensibilisation du public doivent être menées à l'égard des pratiques d'entreposage sécuritaire. Une enquête menée en 1994 sur l'entreposage des armes à feu gardées à domicile au Québec a révélé que 35 % des répondants qui gardaient des armes longues à leur domicile contrevenaient à la réglementation canadienne sur l'entreposage des armes à feu⁴². Bien que les données probantes attestent l'effet positif des pratiques d'entreposage sécuritaire, le fait d'avoir une arme à feu chez soi est associé à un risque accru de suicide ainsi que d'homicide commis à l'aide d'une arme à feu dans le ménage^{43,44}.

Les résultats de l'étude montrent qu'il faut s'attaquer aux causes profondes des blessures par arme à feu et réduire les disparités par des changements systémiques. Les recoupements qui existent entre la défavorisation matérielle et les blessures par arme à feu exigent que l'on situe le problème dans une optique de santé publique et que l'on adopte des solutions fondées sur le renforcement des ressources en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté, le logement, l'emploi et l'éducation^{11,45}.

Même si les médias exposent surtout les agressions qui surviennent dans des régions métropolitaines, les blessures par arme à feu recensées en Colombie-Britannique sont principalement des décès par suicide dans les régions rurales et éloignées. Ce constat montre l'importance de prévenir le suicide par des programmes fondés sur les données probantes, qu'il s'agisse de la formation sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu ou de la promotion des liens sociaux et de l'accès à du soutien, surtout chez les hommes âgés, un groupe

potentiellement négligé dans les initiatives de prévention.

Points forts et limites

Bien que notre étude soit l'une des premières à exposer l'épidémiologie des blessures par arme à feu en C.-B., elle comporte certaines limites, notamment celle d'être fondée seulement sur les données disponibles dans les bases de données administratives. Les taux estimés sont fondés sur les dossiers d'hospitalisation et de décès et ne comprennent pas les consultations à l'urgence. Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) permet la collecte et la déclaration de données sur tous les niveaux de soins ambulatoires, incluant les consultations à l'urgence au Canada. Cependant, en C.-B., seuls 30 hôpitaux déclarent les consultations à l'urgence dans le SNISA, et la cause externe des blessures (sans laquelle on ne peut repérer les blessures par arme à feu) ne fait pas partie des données provinciales disponibles sur les consultations à l'urgence⁴⁶.

En outre, la proportion élevée de décès par suicide relevée dans notre étude pourrait tenir en partie au fait que les consultations à l'urgence (sans hospitalisation) ne sont pas incluses. Habituellement, la gravité des lésions auto-infligées intentionnelles justifie une hospitalisation, alors qu'une partie des lésions accidentelles pourront être traitées seulement à l'urgence. Ce manque d'uniformité dans la collecte et la disponibilité de données provinciales et canadiennes pourrait avoir une incidence sur les taux de blessures par arme à feu présentés et sur la comparabilité entre les provinces.

Une autre limite est l'impossibilité d'analyser les blessures par arme à feu liées à la violence interpersonnelle, faute de données suffisantes. Bien que certaines études aient exploré le recoupement critique entre l'accès aux armes à feu et la violence interpersonnelle⁴⁷, nous n'avons pas été en mesure d'isoler les cas de violence interpersonnelle parmi les blessures par arme à feu attribuables à des agressions. Il sera essentiel d'étudier plus à fond l'incidence de la législation canadienne sur la violence fondée sur le sexe, en particulier celle de la *Loi modifiant certaines lois et d'autres textes en conséquence (armes à feu)*. Cette loi, qui a reçu la sanction royale en décembre 2023, prévoit le recours à des ordonnances d'interdiction

d'urgence pour retirer les armes à feu possédées par des personnes susceptibles de présenter un risque pour elles-mêmes ou pour autrui.

De plus, il se pourrait que des personnes vivant de la violence interpersonnelle – en particulier dans les régions rurales et éloignées – s'abstiennent d'obtenir des soins médicaux à la suite de blessures par arme à feu, par crainte des conséquences juridiques et de la stigmatisation^{48,49}. Même s'il reste nécessaire d'étudier la question en contexte canadien, il est peu probable qu'elle ait eu une incidence sur nos résultats, car notre étude se limitait aux hospitalisations et aux décès.

Une autre limite est la substitution des renseignements individuels par l'indice de défavorisation multiple du quartier. L'indice établi à l'échelle de l'aire de diffusion peut donner lieu à un « sophisme écologique » : la population d'une zone dite défavorisée n'est pas toute touchée ou marginalisée dans la même mesure. Néanmoins, en l'absence de données individuelles complètes, il s'agit d'un indice précieux, qui fournit un profil de la population et peut faciliter les interventions en santé publique. De plus, son utilisation est généralement acceptée dans la littérature scientifique¹⁵.

Dans notre contexte, il manquait des données sur le milieu urbain ou rural de résidence pour 3,4 % des personnes et la proportion globale de données manquantes pour la détermination des quintiles de défavorisation était de 4,0 %. Cette proportion est considérée comme faible et ne devrait pas avoir de conséquence sur l'interprétation des résultats⁵⁰.

Une dernière limite de l'étude est le manque d'accès à des données récentes, en particulier pour la période de 2020 à aujourd'hui. L'enquête du coroner peut durer plusieurs mois avant l'attribution de la cause finale de décès, sans compter le temps nécessaire à la mise à jour des registres de l'état civil. Le contexte social et économique qui a prévalu pendant la pandémie de COVID-19 et la période post-pandémique pouvant avoir eu une influence sur la survenue des blessures par arme à feu et leur déclaration, d'autres recherches seront nécessaires pour en étudier les effets éventuels. Malgré cette limite, notre étude fournit des données de référence pour la surveillance et la

définition des politiques à venir, ainsi que pour l'étude des répercussions des interventions de santé publique sur le fardeau des blessures par arme à feu dans la province.

Conclusion

Entre 2010 et 2019, 1035 Britanno-Colombiens ont été tués et 833 autres grièvement blessés par des armes à feu. Les taux les plus élevés de blessures par arme à feu ont été observés chez les hommes de 15 à 24 et de 25 à 34 ans, chez les résidents des régions rurales et éloignées et dans les quartiers ayant une population peu diversifiée et des degrés élevés de dépendance économique et de vulnérabilité situationnelle.

L'association entre la défavorisation du quartier et les blessures par arme à feu montre la nécessité d'interventions ciblées auprès des populations surreprésentées. La réduction de la pauvreté et des inégalités systémiques, de même que la mise en œuvre d'initiatives de prévention du suicide fondées sur les données probantes exigeront une approche de collaboration multidimensionnelle entre les décideurs, les professionnels de la santé publique et les fournisseurs de soins de santé. Malgré la progression des connaissances concernant l'incidence, les déterminants, les caractéristiques générales et les répercussions des blessures par arme à feu au Canada et ailleurs dans le monde, il reste encore beaucoup à faire si l'on veut améliorer la sûreté du contrôle sociétal des armes à feu, s'attaquer aux disparités sous-jacentes et réduire efficacement le fardeau des blessures par arme à feu, en particulier au sein des populations surreprésentées.

Remerciements

Une partie de cette recherche a fait l'objet d'une présentation orale à la 15^e conférence mondiale SAFETY 2024 sur la prévention des blessures et la promotion de la sécurité.

Financement

Les auteurs n'ont reçu aucune subvention de la part d'un organisme de financement des secteurs public, commercial ou sans but lucratif en vue de la réalisation de l'étude.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

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

FR : conceptualisation, méthodologie, curation des données, relectures et révisions.

AZ : méthodologie, curation des données, analyse formelle, relectures et révisions.

IP : conceptualisation, supervision, relectures et révisions.

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

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

Références

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 Results [Internet]. Seattle (WA): IHME; 2020 [consultation le 23 mai 2023]. En ligne à : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). On gun violence, the United States is an outlier. Seattle (WA): IMHE; 2021 [consultation le 23 mai 2023]. En ligne à : <https://www.healthdata.org/acting-data/gun-violence-united-states-outlier>
3. Toigo S, Pollock NJ, Liu L, Contreras G, McFaull SR, Thompson W. Fatal and non-fatal firearm-related injuries in Canada, 2016–2020: a population-based study using three administrative databases. *Inj Epidemiol*. 2023; 10(1):10. <https://doi.org/10.1186/s40621-023-00422-z>
4. Statistique Canada. L'homicide au Canada, 2017. [*Le Quotidien*, 21 novembre 2018.] Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [consultation le 23 octobre 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/181121/dq181121a-fra.pdf?st=BFEAJRkm>

5. Statistique Canada. Dictionnaire, Recensement de la population, 2021 : Région métropolitaine de recensement (RMR) et agglomération de recensement (AR). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 24 juillet 2024]. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/dict/az/Definition-fra.cfm?ID=geo009>
6. Allen M. Tendances des crimes violents commis à l'aide d'une arme à feu au Canada, 2009 à 2020. Juristat. 2022;27:1-54. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2022001/article/00009-fra.pdf?st=Dn3WewDj>
7. Rajabali F, Turcotte K, Zheng A, et al. The cost of firearm violent crime in British Columbia, Canada. Front Public Health. 2022;10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.938091>. Erratum in: Front Pub Health. 2023;10:938091. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1180968>
8. Dandurand Y. Armes à feu, décès accidentels, suicides et crimes violents : recherche bibliographique concernant surtout le Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Ministère de la Justice du Canada; 1998 [consultation le 7 février 2024]. En ligne à : https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/dt98_4-wd98_4/p2.html#a22
9. Block R. Les armes à feu au Canada et dans huit autres pays occidentaux: résultats choisis du Sondage international de 1996 (auprès des victimes) de crime. [N° du rapport : WD1997-3e.] Ottawa (Ont.) : Centre canadien des armes à feu, Ministère de la Justice du Canada; 1998. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/jus/J3-8-1997-3-fra.pdf
10. Pare P-P, Korosec L. Regional variations in self-protection in Canada. Violence Vict. 2014;29(5):828-842. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00110>
11. Gomez D, Saunders N, Greene B, Santiago R, Ahmed N, Baxter NN. Firearm-related injuries and deaths in Ontario, Canada, 2002-2016: a population-based study. CMAJ. 2020;192(42):E1253-E1263. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200722>
12. Lawson F, Schuurman N, Amram O, Nathens AB. A geospatial analysis of the relationship between neighbourhood socioeconomic status and adult severe injury in Greater Vancouver. Inj Prev. 2015;21(4):260-265. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041437>
13. Karkada M, Bennett N, Erdogan M, Kureshi N, Tansley G, Green RS. A population-based study on the epidemiology of firearm-related injury in Nova Scotia. Injury. 2022;53(11):3673-3679. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.08.050>
14. Bang F, McFaull S, Cheesman J, Do MT. Écart entre milieu rural et milieu urbain : différences dans les caractéristiques des blessures. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2019;39(12):345-351. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.39.12.01f>
15. Statistique Canada. L'Indice canadien de défavorisation multiple : guide de l'utilisateur [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [N° 45-20-0001 au catalogue]; 2019 [modification le 5 janvier 2024; consultation le 12 février 2025]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-20-0001/452000012019002-fra.htm>
16. Newcombe RG. Confidence intervals for proportions and related measures of effect size. 1re éd. CRC Press; 2012. <https://doi.org/10.1201/b12670>
17. BC Ministry of Health. B.C.'s health boundaries, Version 2018-B.C. geographies and CHSA urban-rural designations; 2019.
18. Langmann C. Suicide, firearms, and legislation: a review of the Canadian evidence. Prev Med. 2021;152 (Pt 1):106471. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106471>
19. Navaneelan T. Les taux de suicide : un aperçu. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012. [N° 82-624-X au catalogue.] En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.pdf?st=QnmreRYJ>
20. Channer NS, Biglieri S, Hartt M. Aging in rural Canada. In: Hartt M, Biglieri S, Rosenberg M, Nelson S, editors. Aging people, aging places: experiences, opportunities, and challenges of growing older in Canada. Bristol (UK) : Bristol University Press; 2021: 141-148. <https://doi.org/10.56687/9781447352570-014>
21. Moazzami B. Strengthening rural Canada: fewer & older: the population and demographic dilemma in rural British Columbia. An executive summary. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2015. En ligne à : <https://www.strengtheningruralcanada.ca/file/Executive-Summary-Fewer-and-Older-The-Population-and-Demographic-Dilemma-in-Rural-BC.pdf>
22. Burrows S, Auger N, Gamache P, Hamel D. Leading causes of unintentional injury and suicide mortality in Canadian adults across the urban-rural continuum. Public Health Rep. 2013;128(6):443-453. <https://doi.org/10.1177/003335491312800604>
23. Novilla-Surette EM, Shariff SZ, Le B, Booth RG. Trends and factors associated with suicide deaths in older adults in Ontario, Canada. Can Geriatr J. 2022;25(2):134-161. <https://doi.org/10.5770/cgj.25.541>
24. Casant J, Helbich M. Inequalities of suicide mortality across urban and rural areas: a literature review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2669. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052669>
25. Finley CJ, Hemenway D, Clifton J, Brown DR, Simons RK, Hameed SM. The demographics of significant firearm injury in Canadian trauma centres and the associated predictors of in-hospital mortality. Can J Surg. 2008;51(3):197-203.
26. Saunders NR, Hepburn CM, Huang A, et al. Firearm injury epidemiology in children and youth in Ontario, Canada: a population-based study. BMJ Open. 2021;11(11):e053859. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053859>

27. Saunders NR, Lee H, Macpherson A, Guan J, Guttman A. Risk of firearm injuries among children and youth of immigrant families. *CMAJ*. 2017; 189(12):E452-E458. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160850>
28. Saunders NR, Guan J, Macpherson A, Lu H, Guttman A. Association of immigrant and refugee status with risk factors for exposure to violent assault among youths and young adults in Canada. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e200375. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.0375>
29. Langmann C. Effect of firearms legislation on suicide and homicide in Canada from 1981 to 2016. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234457. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234457>
30. Magee LA. Community-level social processes and firearm shooting events: a multilevel analysis. *J Urban Health*. 2020;97(2):296-305. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00424-y>
31. Drake SA, Lemke MK, Yang Y. Exploring the complexity of firearm homicides in Harris County, Texas, from 2009 to 2021: implications for theory and prevention. *Soc Sci Med*. 2022; 305:115048. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115048>
32. Czechowski K, Sylvestre J, Gogosis E, et al. Cycles of instability: proximal and distal influences on residential instability among people with histories of homelessness in three Canadian cities. *J Community Psychol*. 2022; 50(8):3402-3420. <https://doi.org/10.1002/jcop.22843>
33. McLellan H. Firearm availability and suicide in Canada: examining the effects of gun control, unemployment, divorce and sex on firearm suicides from 2009-2020 [mémoire de maîtrise]. St. John's (T.-N.-L.) : Memorial University of Newfoundland; 2023. En ligne à : <http://research.library.mun.ca/id/eprint/15943>
34. Yanchar NL, Beno S. Can we do better?: A Canadian perspective on firearm injury prevention. *Ann Surg*. 2018; 267(6):1009-1010. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002688>
35. Stamatel JP. Gun control. In: Stamatel JP, dir. *Examining crime and justice around the world*. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO; 2021. p. 269-300. <https://doi.org/10.5040/9798400648779.ch-009>
36. Lee J. A comparative analysis of gun policy in Canada and the United States [mémoire de baccalauréat]. Hartford (CT) : Trinity College; 2021. En ligne à : <https://digitalrepository.trincoll.edu/theses/936>
37. Heinmiller BT, Hennigar MA. Aiming to explain: theories of policy change and Canadian gun control. Toronto (Ont.) : University of Toronto Press; 2022.
38. Brown RB. The ghost of the long-gun registry: Prime Minister Justin Trudeau and gun control in Canada, 2015-2019. *Études canadiennes*. 2020;(89):125-149. <https://doi.org/10.4000/eccc.4015>
39. Bennett N, Karkada M, Erdogan M, Green RS. The effect of legislation on firearm-related deaths in Canada: a systematic review. *CMAJ Open*. 2022; 10(2):E500-E507. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210192>
40. Patel J, Leach-Kemon K, Curry G, Naghavi M, Sridhar D. Firearm injury—a preventable public health issue. *Lancet Public Health*. 2022;7(11):e976-e982. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00233-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00233-X)
41. Santaella-Tenorio J, Cerdá M, Villaveces A, Galea S. What do we know about the association between firearm legislation and firearm-related injuries? *Epidemiol Rev*. 2016;38(1):140-157. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxv012>
42. Lavoie M, Cardinal L, Chapdelaine A, St-Laurent D. L'état d'entreposage des armes à feu longues gardées à domicile, au Québec. *Maladies chroniques au Canada*. 2001;22(1):26-32. En ligne à : https://epe.bac-lac.gc.ca/100/202/301/maladies_chroniques_canada/html/2008/v28n04/publicat/cdic-mcc/22-1/e_f.html
43. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014;160(2):101-110. <https://doi.org/10.7326/M13-1301>
44. Dahlberg LL, Ikeda RM, Kresnow M-J. Guns in the home and risk of a violent death in the home: findings from a national study. *Am J Epidemiol*. 2004;160(10):929-936. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh309>
45. Alphonsus L, Filler R, Strauss R, De Silva T, Kobylanski J. Tackling the increasing public health impact of firearms: a call to action [exposé de position]. Toronto (Ont) : Ontario Medical Students Association; 2023. En ligne à : <https://omsa.ca/policy-position/tackling-the-increasing-public-health-impact-of-firearms-a-call-to-action/>
46. BC Ministry of Health. National Ambulatory Care Reporting System. Vancouver (C.-B.) : Population data BC (PopData); 2024. En ligne à : https://www.popdata.bc.ca/sites/default/files/documents/data/Core%20and%20Non-Core/NACRS_All_Available_Variables_Jan_23_2024.pdf
47. Zeoli AM, Malinski R, Brenner H. The intersection of firearms and intimate partner homicide in 15 nations. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(1):45-56. <https://doi.org/10.1177/1524838017738725>
48. Holliday CN, Kahn G, Thorpe RJ, Shah R, Hameeduddin Z, Decker MR. Racial/ethnic disparities in police reporting for partner violence in the National Crime Victimization Survey and survivor-led interpretation. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020;7:468-480. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00675-9>
49. Gezinski LB. "It's kind of hit and miss with them": a qualitative investigation of police response to intimate partner violence in a mandatory arrest state. *J Fam Violence*. 2022;37(1):99-111. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00227-4>
50. Heymans MW, Twisk JW. Handling missing data in clinical research. *J Clin Epidemiol*. 2022;151:185-188. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.08.016>

Commentaire

Appel à davantage mesurer les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires dans le cadre de la surveillance fédérale au Canada

Amanda Raffoul, Ph. D. (1); Maria Nicula, M. Sc. (2); Chloe Gao, B. Sc. S. (3); Nicole Obeid, Ph. D. (4)

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

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



Résumé

Alors que les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires constituent un lourd fardeau sanitaire en raison de leur prévalence et des risques pour la santé qui y sont associés, il existe des lacunes notables dans leur surveillance à l'échelle la population au Canada. Ces lacunes en matière de données limitent notre compréhension de l'ampleur du problème et posent des défis quant à la surveillance des tendances liées à ces troubles en réponse à l'évolution des contextes sanitaire et politique, par exemple la pandémie de COVID-19. Nous avons étudié les enquêtes canadiennes de surveillance de la santé menées par le gouvernement fédéral pour répertorier les mesures de diagnostic des troubles de l'alimentation, la fréquence des troubles des conduites alimentaires (p. ex. hyperphagie boulimique, vomissements provoqués) et les concepts connexes (p. ex. perception du poids, satisfaction corporelle). Chez les adultes, nous avons observé une interruption de 10 ans dans la mesure des troubles de l'alimentation et nous avons constaté qu'il n'y a eu aucune évaluation de la fréquence des troubles des conduites alimentaires, quels qu'ils soient. Chez les enfants et les adolescents, des améliorations ont été observées récemment pour ce qui est de la mesure des troubles des conduites alimentaires, mais aucune enquête n'intègre de mesures de l'hyperphagie boulimique, qui est pourtant le trouble des conduites alimentaires le plus courant. Des données de surveillance nationales évaluant les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires sont nécessaires afin de quantifier le fardeau associé à ces troubles, d'évaluer les tendances en tenant compte de l'évolution des contextes sanitaire et politique et de repérer les individus qui se heurtent à des obstacles dans leur recherche de services de traitement. Nous concluons en formulant des recommandations sur les éléments qui devraient être mesurés ainsi qu'en proposant des lignes directrices pour l'élaboration de mesures en collaboration avec les membres de la communauté et les experts du milieu clinique et de la recherche.

Mots-clés : *troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires, image corporelle, surveillance de la santé publique, politique en matière de santé, politique en matière de nutrition*

Contexte

Les troubles de l'alimentation sont des maladies psychiatriques graves qui constituent un fardeau souvent négligé en matière de santé publique, alors qu'il ne

cesse de croître¹. On estime que la prévalence ponctuelle à l'échelle internationale des troubles de l'alimentation, soit l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, les autres troubles spécifiés de l'alimentation et des conduites alimentaires

Points saillants

- Bien que le fardeau pour la santé publique associé aux troubles de l'alimentation soit important, on en sait peu sur la prévalence de ces troubles au Canada.
- Les enquêtes canadiennes de surveillance de la santé menées par le gouvernement fédéral ne permettent pas d'évaluer de façon précise la fréquence des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires en fonction des groupes d'âge.
- Le fait que les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires soient exclus des activités de surveillance de la santé menées par le gouvernement fédéral a des conséquences négatives importantes sur la santé publique et les politiques en matière de santé au Canada, notamment l'impossibilité d'effectuer le suivi de l'incidence en présence d'événements susceptibles d'aggraver les troubles ou encore d'évaluer les différences entre des groupes souvent marginalisés.
- Il faut brosser un tableau de la situation relativement aux troubles de l'alimentation et assurer une surveillance et un suivi adéquats dans le cadre des activités de surveillance fédérales au Canada au moyen d'éléments reposant sur les travaux de recherche ainsi que sur les avis des partenaires cliniques et communautaires.

Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences nutritionnelles, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario) Canada
2. Département des méthodes, des données et de l'impact de la recherche en santé, Faculté des sciences de la santé, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
3. Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
4. Laboratoire de recherche sur les troubles de l'alimentation, Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Amanda Raffoul, Département des sciences nutritionnelles, Faculté de médecine, Université de Toronto, 1 King's College Circle, Toronto (Ontario) M5S 1A8; tél. : 416-946-8615; courriel : amanda.raffoul@utoronto.ca

(ATSACA) et le trouble d'alimentation sélective ou d'évitement, se situe entre 2,2 % et 4,6 %. Alors que le taux de mortalité liée à l'anorexie mentale est l'un des plus élevés parmi toutes les maladies psychiatriques, juste derrière celui lié à la consommation d'opioïdes³, il importe de souligner que tous les troubles de l'alimentation exposent les personnes qui en sont atteintes et leurs soignants⁵ à des risques importants pour leur bien-être mental, physique et émotionnel⁴.

Les « troubles des conduites alimentaires » englobent les attitudes et les comportements qui n'atteignent peut-être pas le seuil diagnostique des troubles de l'alimentation mais qui présentent tout de même des risques pour la santé de la population. Il s'agit notamment de la pratique excessive de l'exercice, de la restriction calorique extrême, du recours aux vomissements provoqués, de l'emploi abusif de diurétiques, de laxatifs et de produits de renforcement musculaire et de perte de poids et enfin de l'hyperphagie boulimique. Considérés comme un facteur de risque clé pour le développement des troubles de l'alimentation, les troubles des conduites alimentaires sont également associés à de piètres résultats cardiométaboliques et à une détérioration de la santé mentale^{6,7}.

À l'échelle mondiale, on estime que le nombre de cas de troubles de l'alimentation s'élevait à 55,5 millions en 2019, la plupart de ces cas correspondant à l'hyperphagie boulimique et aux ATSACA⁸. Au Canada, la prévalence des troubles de l'alimentation varie selon l'échantillon étudié : une enquête menée auprès de 3 043 adolescents a révélé que 2,2 % à 4,5 % d'entre eux répondaient aux critères diagnostiques des troubles de l'alimentation⁹, une autre étude menée auprès d'un échantillon dans la collectivité a révélé que 8 % à 15 % des participants de 15 à 71 ans avaient déclaré être atteints de troubles de l'alimentation cliniquement significatifs¹⁰, tandis que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, une enquête représentative de la population canadienne, a révélé que 0,47 % de la population avait déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'alimentation¹¹. Une méta-analyse des études réalisées dans 16 pays a révélé que 22 % des enfants et des adolescents présentaient un trouble de l'alimentation¹², et des études menées auprès d'échantillons dans la collectivité (c.-à-d. non cliniques)

d'enfants et d'adolescents au Canada ont produit des estimations similaires de la prévalence^{10,13-15}.

Toutefois, la prévalence des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires au Canada est probablement grandement sous-estimée pour plusieurs raisons. Ainsi, on croit souvent à tort que les troubles de l'alimentation ne touchent qu'une faible minorité de la population, alors que de plus en plus d'études mettent en évidence des disparités sur le plan du dépistage, de l'identification et du diagnostic des troubles de l'alimentation selon le poids, le genre, l'appartenance à un groupe racisé, l'origine ethnique et le revenu^{16,17}. Par conséquent, l'utilisation de sources de données cliniques ou le recours à un diagnostic autodéclaré entraînent vraisemblablement une sous-estimation de la prévalence réelle des troubles de l'alimentation, en particulier chez les populations marginalisées¹⁸. De plus, au Canada, la recherche sur les troubles de l'alimentation est nettement sous-financée par rapport aux coûts d'utilisation des soins de santé et à d'autres problèmes de santé mentale¹⁹, ce qui limite la capacité des chercheurs à mener des études transversales et de cohortes représentatives aptes à estimer de façon plus précise la prévalence, l'incidence et la gravité de ces comportements.

Enfin, les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires n'existent pas en vase clos, mais sont plutôt fortement influencés par des contextes plus vastes liés à la santé et aux politiques, notamment les changements apportés à l'administration des soins de santé, à l'évolution de l'environnement alimentaire et aux facteurs de stress externes, comme la pandémie de COVID-19. De fait, la pandémie de COVID-19 a entraîné chez les Canadiens une augmentation importante des taux de consultation à l'urgence et d'hospitalisation aux différentes étapes de la vie, taux qui ne sont toujours pas revenus aux niveaux observés avant la pandémie²⁰. Il existe des lacunes importantes dans la surveillance des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires à l'échelle de la population, ce qui limite notre connaissance de la portée du problème et nous empêche d'en surveiller les tendances, surtout compte tenu des changements observés depuis le début de la pandémie de COVID-19²¹. Il demeure que des efforts ont été déployés à l'échelle du gouvernement fédéral pour rendre compte

de la présence de troubles de l'alimentation et des symptômes des troubles des conduites alimentaires.

Analyse du contexte de la surveillance des troubles de l'alimentation au Canada

Pour faire le bilan des mesures liées au trouble de l'alimentation dans le cadre des activités de surveillance fédérales au Canada, nous avons passé au crible les enquêtes sur la santé menées ou appuyées par Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada²². Notre objectif était de recenser les mesures utilisées dans le cadre du diagnostic autodéclaré de trouble de l'alimentation; de l'adoption autodéclarée de comportements alimentaires problématiques, notamment l'hyperphagie boulimique, les vomissements provoqués et l'utilisation de pilules coupe-faim; des efforts déployés pour modifier le poids ou l'apparence, comme les tentatives de perte, de gain ou de maintien de poids et enfin de certains concepts connexes, notamment la perception du poids et la satisfaction à l'égard de son corps ou de son poids. Cinq enquêtes ont été sélectionnées dans le cadre de ce processus : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ), l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS) et l'Enquête sur les comportements liés à la santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC). Nous en présentons une synthèse dans le tableau 1.

Chez les adultes, le diagnostic autodéclaré de trouble de l'alimentation a été mesuré dans la composante sur la santé mentale de l'ESCC de 2012 et dans l'ESMAS de 2022, ce qui laisse une interruption de 10 ans dans les observations relevées au sujet du trouble de l'alimentation. Le diagnostic de trouble de l'alimentation déclaré par les parents et l'âge au moment du diagnostic ont été inclus dans les itérations de 2016, 2019 et 2023 de l'ECSEJ. Les questions utilisées pour évaluer le diagnostic autodéclaré de trouble de l'alimentation dans ces enquêtes cherchent à vérifier si la personne touchée est atteinte d'un « trouble de l'alimentation comme l'anorexie ou la boulimie », alors que ce sont l'hyperphagie boulimique et les autres troubles spécifiés de l'alimentation et des conduites alimentaires (ATSACA) qui sont les troubles de l'alimentation les plus

TABEAU 1
Aperçu des mesures d'évaluation des troubles des conduites alimentaires, des troubles de l'alimentation
et des concepts connexes dans le cadre des activités de surveillance fédérales

Concept	Année(s) – nom de l'enquête ^a	Détails relatifs à la mesure (options de réponse)
Diagnostic de trouble de l'alimentation autodéclaré	2012 – ESCC, Santé mentale 2022 – ESMAS	« Avez-vous des troubles de l'alimentation tels que l'anorexie ou la boulimie? » (O/N)
Diagnostic de trouble de l'alimentation déclaré par les parents	2016 – ECSEJ 2019 – ECSEJ 2023 – ECSEJ	« [Votre enfant] est-il atteint d'un trouble de l'alimentation tel que l'anorexie mentale ou la boulimie? » (O/N) L'âge au moment du diagnostic a également été évalué.
Troubles alimentaires	2002 – ESCC, Santé mentale et bien-être	Les participants qui ont répondu « oui » aux deux questions ont été invités à répondre au test complet sur les attitudes alimentaires (EAT-26) ²³ . 1) « Au cours de votre vie, y a-t-il déjà eu une période pendant laquelle vous avez eu une peur intense ou vous étiez grandement préoccupé-e par le fait d'être trop gros-se ou par le fait de faire de l'embonpoint? » (O/N) 2) « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une peur intense ou étiez-vous grandement préoccupé-e par le fait d'être trop gros-se ou par le fait de faire de l'embonpoint? » (O/N)
Perception du poids	2012 – ESCC, Santé mentale 2010 et itérations ultérieures – Composante annuelle de l'ESCC 2016 – ECSEJ (parent et enfant) 2007 et itérations ultérieures – ESCC 2001-2002 – Enquête HBSC 2009-2010 – Enquête HBSC 2013-2014 – Enquête HBSC 2017-2018 – Enquête HBSC	« Considérez-vous que vous...? (faites de l'embonpoint / êtes trop maigre / êtes à peu près normal-e) « Penses-tu que ton corps est...? » (beaucoup trop mince / un peu trop mince / plus ou moins correct / un peu trop gras / beaucoup trop gras)
Satisfaction à l'égard de son poids et de son corps	2010 et itérations ultérieures – Composante annuelle de l'ESCC 2016 – ECSEJ	« Dans quelle mesure êtes-vous satisfait-e de l'apparence de votre corps? » (très satisfait-e / satisfait-e / ni satisfait-e ni insatisfait-e / insatisfait-e / très insatisfait-e) « À quelle fréquence es-tu satisfait-e de ton poids? » (jamais / rarement / parfois / souvent / toujours)
Efforts généraux de modification du poids	2016 – ECSEJ 2019 – ECSEJ 2023 – ECSEJ 2001-2002 – Enquête HBSC 2005-2006 – Enquête HBSC 2009-2010 – Enquête HBSC 2013-2014 – Enquête HBSC	« Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu : changé tes habitudes alimentaires afin de contrôler ton poids? » (jamais / quelques fois / tous les mois / toutes les semaines / tous les jours) « Présentement, suis-tu une diète ou fais-tu quelque chose d'autre pour perdre du poids? » (non, mon poids est normal / non, mais je devrais perdre du poids / non, je suis déjà trop mince / oui)
Souci de la minceur	2016 – ECSEJ 2019 – ECSEJ 2023 – ECSEJ	« Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu... été préoccupé-e par le désir d'être plus mince » (jamais / quelques fois / tous les mois / toutes les semaines / tous les jours)
Vomissements provoqués	2016 – ECSEJ 2019 – ECSEJ 2023 – ECSEJ	« Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu... vomis pour perdre du poids » (jamais / quelques fois / tous les mois / toutes les semaines / tous les jours)

Abréviations : ECMS, Enquête canadienne sur les mesures de la santé; ECSEJ, Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; ESMAS, Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins; HBSC, Enquête sur les comportements liés à la santé des jeunes d'âge scolaire; O/N, oui/non.

^a L'échantillon de l'ESCC se compose de personnes de 18 ans et plus vivant dans l'une des dix provinces ou dans l'un des trois territoires. L'échantillon de l'ESMAS se compose de personnes de 15 ans et plus vivant dans l'une des dix provinces. L'échantillon de l'ECSEJ se compose de personnes de 1 à 22 ans (et de leurs tuteurs) vivant dans l'une des dix provinces. L'échantillon de l'ECMS se compose de personnes de 1 à 79 ans vivant dans l'une des dix provinces. L'enquête HBSC est une étude de l'Organisation mondiale de la santé qui porte sur la santé et le bien-être des jeunes de 11 à 15 ans.

courants⁸. Cela limite à la fois la validité conceptuelle de la question permettant d'évaluer de façon plus générale les troubles de l'alimentation et la capacité des chercheurs à connaître la véritable prévalence de ces troubles au Canada. Plutôt que de s'appuyer sur un diagnostic de trouble de l'alimentation, l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de l'ESCC de 2002 a utilisé un outil d'évaluation à deux composantes pour déterminer si les répondants devaient remplir le test des attitudes à l'égard de l'alimentation²³ en 26 points, mais aucune évaluation aussi exhaustive des troubles de l'alimentation n'a été effectuée depuis.

Les troubles des conduites alimentaires sont largement sous-mesurés, car il n'y a eu à l'échelle fédérale aucune surveillance de ces troubles chez les adultes canadiens. L'élaboration de l'ECSEJ, réalisée en tant que projet pilote en 2016 puis mise en œuvre en 2019 et 2023, représente un progrès dans le suivi des troubles des conduites alimentaires chez les jeunes, même si cette enquête ne comprend l'évaluation que d'un comportement — les vomissements volontaires — et une seule mesure de l'attitude à l'égard du souci de la minceur. Aucune enquête, que ce soit auprès des enfants ou des adultes, ne comprend de mesures de l'hyperphagie boulimique, le trouble des conduites alimentaires le plus fréquent²⁴. De plus, il n'existe aucune mesure connue du mauvais usage des produits diététiques, comme les laxatifs et les produits de santé naturels comportant des allégations relatives à la perte de poids et au renforcement musculaire, qui ont pourtant été associés à un risque prospectif accru de troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires chez les adolescents et les jeunes adultes^{25,26}.

D'autres concepts connexes liés aux troubles de l'alimentation, notamment la perception de son poids, la satisfaction à l'égard de son poids et les efforts généraux de modification de son poids, ont été évalués dans plusieurs enquêtes au moyen de mesures reposant sur un seul élément (tableau 1). Or ces éléments mettent l'accent sur la satisfaction à l'égard du poids plutôt que sur la satisfaction à l'égard de l'apparence globale, de la forme du corps et de la musculature en général, ce qui peut entraîner une sous-estimation de l'insatisfaction à l'égard du corps chez les garçons et les hommes²⁷, voire au sein de la population générale, car les idéaux

d'apparence changent au fil du temps²⁸. Par ailleurs, les disparités dans la mesure des concepts connexes entre les différentes enquêtes limitent notre capacité à évaluer les tendances longitudinales des résultats liés aux troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires. Bien que l'ESCC, l'ECSEJ et l'Enquête HBSC intègrent des mesures récurrentes sur au moins deux vagues, aucune enquête à elle seule ne fournit un portrait réel de la prévalence ou de l'incidence des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires au sein de la population au Canada.

Répercussions sur la santé publique et les politiques

Les lacunes dans la surveillance nationale des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires entraînent plusieurs conséquences. D'abord, des données nationales sont nécessaires afin de quantifier et de rendre visible le fardeau des troubles de l'alimentation. En ce qui concerne les politiques en matière de santé, c'est une évidence de dire que « ce qui ne peut pas être mesuré ne peut pas être amélioré »²⁹. Par conséquent, une meilleure compréhension de la prévalence des troubles de l'alimentation est nécessaire pour dissiper les mythes répandus concernant leur faible prévalence et les populations touchées³⁰, pour mieux estimer les coûts connexes²¹ et pour appuyer un financement clinique et de la recherche à un niveau correspondant au fardeau associé à ces troubles²⁰.

Par ailleurs, si les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires ne sont pas mesurés dans des échantillons nationaux représentatifs, il ne sera pas possible d'évaluer les tendances à évolution rapide en matière de contexte sanitaire et politique. Les modifications apportées aux politiques et à l'administration des soins de santé sont susceptibles d'entraîner des changements dans l'incidence des troubles de l'alimentation qu'on ne peut évaluer sans une surveillance adéquate. Par exemple, introduire en Ontario des normes de qualité visant à guider la prestation de services pour des troubles alimentaires³¹ va nécessiter de pouvoir mesurer comment la mise en œuvre de ces normes est susceptible de modifier l'incidence des troubles de l'alimentation dans la province.

De plus, les facteurs de stress externes agissant à l'échelle de la population, comme la pandémie de COVID-19, peuvent aggraver le fardeau que les troubles

de l'alimentation et des conduites alimentaires font peser sur les systèmes de soins de santé et sur la société en général. En effet, selon une analyse récente des répercussions de la pandémie sur les coûts liés aux troubles de l'alimentation au Canada, le manque de données de surveillance adéquates a limité les analyses et a fait en sorte que toute tentative future visant à établir les coûts sera futile tant que de meilleures méthodes de mesure de la prévalence n'auront pas été mises en place²¹.

Les changements en cours apportés aux politiques alimentaires, dont la Stratégie pour une saine alimentation du Canada³⁸, pourraient entraîner une hausse ou une baisse des troubles des conduites alimentaires au sein des populations. Par exemple, des préoccupations ont été soulevées quant au risque que l'affichage obligatoire du nombre de calories sur les menus entraîne l'aggravation des troubles des conduites alimentaires chez les personnes vulnérables³². Il est toutefois difficile d'évaluer les répercussions de cette politique sur l'incidence des troubles des conduites alimentaires à l'échelle de la population au fil du temps. À la lumière des nouvelles exigences législatives visant l'environnement alimentaire, il importe d'évaluer les répercussions de la politique nutritionnelle sur les troubles des conduites alimentaires au sein de la population.

Enfin, l'amélioration de la surveillance exercée par le gouvernement fédéral à l'égard des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires est une question d'équité en santé. Le fait de se fier uniquement au diagnostic enregistré dans les bases de données administratives sur la santé (comme celles de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Institut de recherche en services de santé) limite nos connaissances sur les personnes qui, en amont, font face à des obstacles en matière de diagnostic et d'accès au traitement. Cela ne tient pas compte non plus de l'estimation selon laquelle 76,8 % des personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation qui peut être diagnostiqué ne reçoivent jamais de soins³³. Par conséquent, le fait de dépendre de sources de données administratives cliniques ne permet pas d'inclure adéquatement et de façon cohérente les personnes qui sont moins susceptibles de demander des soins et d'en obtenir, notamment les personnes ayant un poids élevé, les garçons et les hommes, les aînés et les personnes racisées^{17,18}.

Il est également important de tenir compte de l'équité en matière de santé en ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires. Plusieurs troubles des conduites alimentaires, dont l'hyperphagie boulimique et l'utilisation de produits de santé naturels non prescrits pour la perte de poids, sont beaucoup plus fréquents au sein des populations qui subissent une discrimination importante^{34,35}. L'exclusion de l'hyperphagie boulimique des enquêtes de surveillance mérite d'être soulignée, car ce trouble est plus fréquent chez les populations racisées et chez les personnes qui ont un poids plus élevé que leurs pairs^{36,37}, ce qui limite de ce fait notre capacité à évaluer les iniquités chez les personnes touchées par un trouble des conduites alimentaires.

Conclusions et recommandations

Les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires ne sont pas adéquatement mesurés dans le cadre des activités de surveillance fédérales au Canada, ce qui a des répercussions importantes sur la santé publique et l'évaluation des politiques au Canada. Le manque de données de surveillance limite également les recherches pouvant être menées par les scientifiques en santé de la population qui s'intéressent à ces sujets, ce qui entraîne un financement plus faible et un niveau plus faible de priorité dans le domaine du financement de la santé au Canada. Le fait d'évaluer globalement et de manière représentative les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires s'harmonise avec les stratégies actuelles du Canada visant à améliorer l'alimentation saine et les environnements alimentaires³⁸ ainsi qu'avec le nouveau Fonds pour la santé mentale des jeunes associé à un budget de 500 millions de dollars canadiens³⁹. Les troubles de l'alimentation, qui ont toujours été exclus du discours fédéral sur la santé mentale, doivent faire l'objet d'une surveillance adéquate pour garantir que cet engagement renouvelé à l'égard de la santé mentale des jeunes ne néglige pas le fardeau permanent associé à ces troubles.

Plusieurs paramètres relatifs aux troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires peuvent être évalués. Dans la mesure du possible, nous recommandons d'inclure les éléments suivants dans les instruments d'évaluation :

- le **diagnostic autodéclaré de trouble de l'alimentation**, en tant qu'élément unique mais pouvant citer en exemple, outre l'anorexie mentale et la boulimie, plusieurs diagnostics, en particulier le trouble de l'alimentation et les autres troubles spécifiés de l'alimentation et des conduites alimentaires (ATSACA);
- l'**hyperphagie boulimique**, qui devrait toujours être incluse dans l'évaluation des troubles des conduites alimentaires, compte tenu de sa prévalence, du fardeau élevé qu'elle impose à des populations variées et du fait qu'elle est associée à un éventail de résultats négatifs en matière de bien-être physique et émotionnel;
- les **troubles de comportements alimentaires restrictifs**, notamment le fait de jeûner ou de sauter des repas, ou d'adopter un régime qui élimine ou restreint la consommation de certains groupes d'aliments (comme un régime sans glucides);
- les **troubles de comportements alimentaires compensatoires**, notamment l'utilisation de produits de santé naturels pour la perte de poids ou le renforcement musculaire, l'emploi abusif de laxatifs et l'exercice excessif;
- les **facteurs psychologiques qui contribuent aux troubles des conduites alimentaires**, notamment une insatisfaction liée à son poids, l'intimidation liée au poids et une préoccupation à l'égard de son poids ou de la forme de son corps.

La formulation des questions sur les mesures, incluant l'évaluation de la fréquence des comportements (par ex. hyperphagie boulimique au cours des 30 derniers jours par rapport aux trois derniers mois), devrait être choisie et réalisée en collaboration avec les membres de la collectivité, les experts cliniques et les experts en recherche, et selon l'enquête. Par exemple, l'enquête sur les comportements à risque chez les jeunes (YRBS) menée aux États-Unis porte sur l'adoption de troubles des conduites alimentaires pendant plus de 30 jours, et ce, afin de s'harmoniser avec les mesures relatives aux enquêtes sur d'autres comportements liés à la santé (comme le tabagisme ou le vapotage)⁴⁰.

Nous sommes également conscients des difficultés auxquelles se heurtent les décideurs dans l'élaboration d'enquêtes de

surveillance fédérales, notamment les coûts associés à l'élaboration et à la mise à l'essai des mesures, l'épuisement des répondants aux enquêtes et l'évolution des priorités gouvernementales en matière de santé. Il est difficile de mesurer adéquatement les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires au moyen de composantes brèves ou même uniques. Il est toutefois possible de le faire grâce à l'élaboration de mesures fondées sur des avis d'experts et de la collectivité, ce qui peut augmenter le taux de participation aux enquêtes et accroître l'utilisation des résultats d'études⁴¹.

Par exemple, après que les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont retiré les questions sur les troubles des conduites alimentaires de l'enquête YRBS de 2015 représentative de la population des États-Unis, un regroupement communautaire d'experts des troubles de l'alimentation a mis sur pied un groupe de travail qui a formulé des recommandations fondées sur des données probantes en vue d'inclure des mesures simples des troubles des conduites alimentaires⁴⁰. Cette liste de mesures est conçue pour être utilisée par les concepteurs de l'enquête YRBS et fournit des recommandations précises pour l'inclusion d'une à quatre questions, selon la disponibilité. Le groupe recommande l'utilisation de mesures composites (combinant par exemple plusieurs comportements dans une seule question), ce qui peut réduire la durée du sondage et le fardeau pour les participants. Grâce aux efforts de ce groupe de travail, une question unique pour l'évaluation de l'hyperphagie boulimique a été incluse dans l'enquête YRBS de 2024 représentative de la population des États-Unis⁴⁰. Les représentants des États peuvent également choisir d'ajouter une ou plusieurs des questions suivantes : une mesure composite des troubles des conduites alimentaires (le fait de jeûner ou de sauter des repas, la prise de pilules coupe-faim ou de suppléments diététiques non prescrits par un médecin, les vomissements provoqués ou l'utilisation de laxatifs), une mesure d'évaluation de l'intimidation liée au poids et également une série de trois questions indépendantes portant sur la fréquence des troubles des conduites alimentaires.

Des chercheurs et des intervenants œuvrant dans le domaine des troubles de l'alimentation dans d'autres pays, comme en Australie³⁰, se sont fait l'écho d'appels à

l'amélioration des efforts de surveillance. Afin de permettre les comparaisons entre les pays, lorsque c'est possible, nous encourageons la collaboration à l'échelle mondiale pour l'élaboration de mesures et la création de mesures minimales communes.

Les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires engendrent des défis importants pour les systèmes de santé et la santé de la population au Canada. Une surveillance de ces troubles adéquate et fondée sur des données probantes fait cruellement défaut au sein des activités de surveillance fédérales de la santé, surveillance pourtant nécessaire afin de lutter contre le fardeau de premier plan et en croissance de ces maladies.

Remerciements

Ces travaux de recherche n'ont reçu aucune subvention particulière de la part d'un organisme de financement. AR est titulaire d'une bourse du Scholars Program de la William T. Grant Foundation (SCH-204232). CG est titulaire d'une bourse d'études supérieures Vanier des Instituts de recherche en santé du Canada et d'une bourse Friedman pour les chercheurs en santé de l'Université de la Colombie-Britannique.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteures et avis

AR, MN : conception.

RA, MN, CG : enquête, conception des graphiques et tableaux.

AR : rédaction de la première version du manuscrit, supervision

AR, MN, CG, NO : relectures et révision.

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. Austin SB, Hutcheson R, Wickramatilake-Templeman S, Velasquez K. The second wave of public policy advocacy for eating disorders: charting the course to maximize population impact. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(2):319-336. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.013>
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavoracci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(5):1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
3. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry.* 2014;13(2):153-160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
4. Ágh T, Kovács G, Supina D, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* 2016;21(3):353-364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
5. Oketah NO, Hur JO, Talebloo J, Cheng CM, Nagata JM. Parents' perspectives of anorexia nervosa treatment in adolescents: a systematic review and metasynthesis of qualitative data. *J Eat Disord.* 2023;11:193. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00910-z>
6. Kärkkäinen U, Mustelin L, Raevuori A, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Do disordered eating behaviours have long-term health-related consequences? *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26(1):22-28. <https://doi.org/10.1002/erv.2568>
7. Nagata JM, Garber AK, Tabler J, Murray SB, Vittinghoff E, Bibbins-Domingo K. Disordered eating behaviors and cardiometabolic risk among young adults with overweight or obesity. *Int J Eat Disord.* 2018;51(8):931-941. <https://doi.org/10.1002/eat.22927>
8. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(4):320-328. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)
9. Flament MF, Henderson K, Buchholz A, et al. Weight status and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(5):403-411. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.020>
10. Smith AJ, Farstad SM, von Ranson KM. Self-reported eating disorder psychopathology prevalence in community-based female and male Albertans: gender and age group comparisons. *Int J Eat Disord.* 2021;54(3):438-444. <https://doi.org/10.1002/eat.23434>
11. Pedram P, Patten SB, Bulloch AG, Williams JV, Dimitropoulos G. Self-reported lifetime history of eating disorders and mortality in the general population: a Canadian population survey with record linkage. *Nutrients.* 2021;13(10):3333. <https://doi.org/10.3390/nu13103333>
12. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, et al. Global proportion of disordered eating in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2023;177(4):363-372. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
13. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *CMAJ.* 2001;165(5):547-552.
14. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Dieting among preadolescent and young adolescent females. *CMAJ.* 2004;170(10):1559-1561. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031247>
15. Fan J, Nagata JM, Cuccolo K, Ganson KT. Associations between dieting practices and eating disorder attitudes and behaviors: results from the Canadian Study of Adolescent Health Behaviors. *Eat Behav.* 2024;54:101886. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101886>
16. Sonnevile KR, Lipson SK. Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *Int J Eat Disord.* 2018;51(6):518-526. <https://doi.org/10.1002/eat.22846>

17. Burke NL, Schaefer LM, Hazzard VM, Rodgers RF. Where identities converge: the importance of intersectionality in eating disorders research. *Int J Eat Disord.* 2020;53(10):1605-1609. <https://doi.org/10.1002/eat.23371>
18. Field AE, Ziobrowski HN, Eddy KT, Sonnevile KR, Richmond TK. Who gets treated for an eating disorder? Implications for inference based on clinical populations. *BMC Public Health.* 2024;24(1):1758. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19283-2>
19. Stone KD, Dimitropoulos G, MacMaster FP. Food for thought: a dissonance between healthcare utilization costs and research funding for eating disorders in Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;30(3):197-203. En ligne à : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8315219/>
20. Toulany A, Saunders NR, Kurdyak P, et al. Acute presentations of eating disorders among adolescents and adults before and during the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *CMAJ.* 2023;195(38):E1291-E1299. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221318>
21. Obeid N, Coelho JS, Booij L, et al. Estimating additional health and social costs in eating disorder care for young people during the COVID-19 pandemic: implications for surveillance and system transformation. *J Eat Disord.* 2024;12(1):52. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01003-1>
22. Statistique Canada. Santé - Liste complète des enquêtes et programmes statistiques [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2024 [consultation le 17 avril 2024]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/pix_f.pl?Function=getThemeSV&PItem_Id=97413&PCE_Id=412&PCE_Start=01010001&CItem_Id=97413&CCE_Id=412&CCE_Start=01010001&lang=en
23. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982; 12(4):871-878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
24. Santana DD, Mitchison D, Mannan H, et al. Twenty-year associations between disordered eating behaviors and socio-demographic features in a multiple cross-sectional sample. *Psychol Med.* 2023;53(11):5012-5021. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001994>
25. Hazzard VM, Simone M, Austin SB, Larson N, Neumark-Sztainer D. Diet pill and laxative use for weight control predicts first-time receipt of an eating disorder diagnosis within the next 5 years among female adolescents and young adults. *Int J Eat Disord.* 2021;54(7):1289-1294. <https://doi.org/10.1002/eat.23531>
26. Nagata JM, Hazzard VM, Ganson KT, Austin SB, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME. Muscle-building behaviors from adolescence to emerging adulthood: a prospective cohort study. *Prev Med Rep.* 2022;27:101778. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101778>
27. Lavender JM, Brown TA, Murray SB. Men, muscles, and eating disorders: an overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(6):32. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>
28. Bozsik F, Whisenhunt BL, Hudson DL, Bennett B, Lundgren JD. Thin is in? Think again: the rising importance of muscularity in the thin ideal female body. *Sex Roles.* 2018;79(9-10): 609-615. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0886-0>
29. Berenson RA. If you can't measure performance, can you improve it? *JAMA.* 2016;315(7):645-646. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0767>
30. Hart LM, Mitchison D, Hay PJ. The case for a national survey of eating disorders in Australia. *J Eat Disord.* 2018;6(1):30. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0221-3>
31. Qualité des services de santé Ontario. Améliorer les soins grâce aux données probantes : Troubles alimentaires [Internet]. Toronto (Ont.) : Qualité des services de santé Ontario; 2023 [consultation le 30 juillet 2024]. En ligne à : <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/Troubles-alimentaires>
32. Raffoul A, Gibbons B, Boluk K, Neiterman E, Hammond D, Kirkpatrick SI. "Maybe a little bit of guilt isn't so bad for the overall health of an individual": a mixed-methods exploration of young adults' experiences with calorie labelling. *BMC Public Health.* 2022;22:938. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13364-w>
33. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(5): 727-735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
34. Raffoul A, Beccia AL, Jackson DA, et al. Associations between weight discrimination and the use of potentially harmful dietary supplements during the COVID-19 pandemic in the United States. *Soc Sci Med.* 2023;335:116232. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116232>
35. Mason TB, Mozdierz P, Wang S, Smith KE. Discrimination and eating disorder psychopathology: a meta-analysis. *Behav Ther.* 2021;52(2):406-417. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.05.003>
36. Simone M, Telke S, Anderson LM, Eisenberg M, Neumark-Sztainer D. Ethnic/racial and gender differences in disordered eating behavior prevalence trajectories among women and men from adolescence into adulthood. *Soc Sci Med.* 2022;294:114720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114720>
37. Nightingale BA, Cassin SE. Disordered eating among individuals with excess weight: a review of recent research. *Curr Obes Rep.* 2019;8(2):112-27. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00333-5>
38. Santé Canada. Stratégie en matière de saine alimentation. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2016. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H164-196-2016-fra.pdf

-
39. Gouvernement du Canada. Le gouvernement présente le nouveau Fonds pour la santé mentale des jeunes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2024 [9 avril; consultation le 30 juillet 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/nouvelles/2024/04/le-gouvernement-presente-le-nouveau-fonds-pour-la-sante-mentale-des-jeunes.html>
 40. Harvard TH Chan School of Public Health. Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders (STRIPED) [Internet]. Boston (MA): Harvard TH Chan School of Public Health; date de publication inconnue [consultation le 30 juillet 2024]. En ligne à : <https://hsph.harvard.edu/research/eating-disorders-striped/policy-translation/eating-disorders-public-health-surveillance>
 41. Santana MJ, Manalili K, Zelinsky S, et al. Improving the quality of person-centred healthcare from the patient perspective: development of person-centred quality indicators. *BMJ Open*. 2020;10(10):e037323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037323>

Avis de publication

Outil d'exploration des données sur les anomalies congénitales au Canada : mise à jour des estimations de la prévalence et des tendances temporelles des anomalies congénitales sur 15 ans (2008 à 2023)

Chantal Nelson, Ph. D. (1); Katarzyna Naczka, M. Sc. (2); Neetu Shukla, M.P.H. (1); Yuan Xu, M.P.H. (2); Parnian Hossein-Pour, M.P.H. (1); Hongbo Liang, M. Sc. (2); Catherine Pelletier, M. Sc. (1)

Avis de publication par Nelson C et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a le plaisir d'annoncer la publication du dernier [outil d'exploration des données sur les anomalies congénitales au Canada](#). L'outil interactif d'exploration des données, qui se trouve sur le site Web de l'Infobase Santé (<https://sante-infobase.canada.ca/anomalies-congenitales/>), contient des renseignements récents sur 38 anomalies congénitales regroupées en 12 catégories selon l'édition canadienne de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version* (CIM-10-CA).

Les données présentées dans l'outil d'exploration des données proviennent de la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi que de la base de données Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO). L'outil de données présente des estimations de la prévalence et des tendances temporelles des anomalies congénitales à l'échelle nationale et provinciale (à l'exception de l'Alberta). On y retrouve les données sur les naissances vivantes et les mortinaissances de 2008 à 2023, avec une période de suivi allant jusqu'à un an après la naissance. Les données du Québec comprennent les données sur les naissances vivantes de 2008 à 2022.

Cette édition de l'outil d'exploration des données sur les anomalies congénitales comprend une nouvelle page « Faits en bref », une nouvelle section « Statistiques supplémentaires des anomalies congénitales » et un nouvel onglet « Ressources supplémentaires ».

Les résultats les plus remarquables sont les suivants :

- Les tendances temporelles pour la plupart des catégories d'anomalies congénitales sont restées stables au niveau national pendant la période de 2008 à 2023 ; toutefois, on a observé une tendance à la hausse pour les anomalies des voies urinaires et une tendance à la baisse pour les anomalies du système nerveux central.
- Les taux de létalité étaient les plus élevés chez les nourrissons atteints d'anomalies du tube neural (24,1 pour 100 naissances vivantes), les taux de létalité les plus élevés ayant été observés chez les nourrissons atteints d'anencéphalie (86,0 pour 100 naissances vivantes).

Rattachement des auteurs :

1. Division des maladies et affections chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario, Canada
2. Division des systèmes de surveillance et de gestion des données, 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

Corrigendum

Prévalence mondiale du syndrome post-COVID-19 : revue systématique et méta-analyse des données prospectives

Mohamed Kadry Taher, M.D., Ph. D. (1,2); Talia Salzman, M. Sc. (1); Allyson Banal, M.S.P. (1); Kate Morissette, M. Sc. (1); Francesca R. Domingo, M. Sc. S. (1); Angela M. Cheung, M.D., Ph. D., FRCPC (3,4); Curtis L. Cooper, M.D., FRCPC (5); Laura Boland, Ph. D. (1); Alexandra M. Zuckermann, Ph. D. (1); Muhammad A. Mullah, Ph. D. (6); Claudie Laprise, M. Sc., Ph. D. (1,7); Roberto Colonna, M. Sc., Ph. D. (1); Ayan Hashi, M.S.P. (1); Prinon Rahman, M. Sc. (1); Erin Collins, Ph. D. (8); Tricia Corrin, M.S.P., maîtrise en gestion des catastrophes et des urgences (9); Lisa A. Waddell, M. Sc., Ph. D. (9); Jason E. Pagaduan, M.A. (1); Rukshanda Ahmad, M.B.B.S., M.G.S.S. (10); Alejandra P. Jaramillo Garcia, M. Sc. (1)

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



Ce corrigendum vise à corriger un certain nombre d'erreurs ou d'imprécisions, ayant paru aux pages 126, 139 et 153 de l'[article suivant](#) :

Taher MK, Salzman T, Banal A, Morissette K, Domingo FR, Cheung AM, Cooper CL, Boland L, Zuckermann AM, Mullah MA, Laprise C, Colonna R, Hashi A, Rahman P, Collins E, Corrin T, Waddell LA, Pagaduan JE, Ahmad R, Jaramillo Garcia AP. Prévalence mondiale du syndrome post-COVID-19 : revue systématique et méta-analyse des données prospectives. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2025;45(3):125-153. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.3.02f>

Les auteurs désirent clarifier quelques points, particulièrement en ce qui a trait aux résultats de l'Enquête canadienne sur la santé et les anticorps contre la COVID-19 (ECSAC) de 2023¹. Ces changements précisent l'interprétation et l'attribution des données d'origine, et n'affectent pas les résultats ou les conclusions de la revue systématique. Les caractères gras ont été utilisés afin de faciliter l'identification des modifications dans le texte.

1. p. 126, colonne du milieu, paragraphe 3 :

Avant la correction

D'après les résultats d'enquêtes populationnelles récentes, la prévalence globale des symptômes du SPC chez les adultes est variable d'un pays à l'autre, s'établissant par exemple à 14,3 % aux États-Unis¹⁵, à 6,8 % au Canada¹⁶ et à 4,7 % en Australie¹⁷.

Rattachement des auteurs :

1. Unité de la synthèse des données probantes et de l'application des connaissances, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Département de médecine et département conjoint d'imagerie médicale, Réseau universitaire de santé et Système de santé Sinai, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
4. Institut de recherche de l'hôpital général de Toronto et Institut Schroeder sur l'arthrite, Toronto (Ontario), Canada
5. Département de médecine, Université d'Ottawa; Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
6. Direction générale des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
7. Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
8. Unité de modélisation de la santé des populations, 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
9. Division des sciences des risques en santé publique, Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, Guelph (Ontario), Canada
10. Division de l'évaluation des risques, Centre de surveillance, d'analyse intégrée et d'évaluation des risques, Direction générale des données, de la surveillance et de la prospective, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Mohamed Taher, Unité de la synthèse des données probantes et de l'application des connaissances, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, Avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 819-639-0225; courriel : Mohamed.Taher@uottawa.ca

Après la correction

D'après les résultats d'enquêtes populationnelles récentes, la **prévalence** des symptômes du SPC chez les adultes est variable d'un pays à l'autre, s'établissant par exemple à 14,3 % aux États-Unis¹⁵, à **11,7 %** au Canada¹⁶ et à 4,7 % en Australie¹⁷.

2. p. 139, colonne du milieu, paragraphe 4 :

Les modifications apportées au paragraphe suivant incluent l'ajout d'une nouvelle référence, à laquelle on a attribué le chiffre 257 pour des raisons de commodité. Originellement, la phrase faisant état d'une prévalence plus élevée chez les femmes, les personnes hospitalisées pendant une infection grave et celles ayant des maladies chroniques préexistantes était attribuée uniquement à un tableau de Statistique Canada qui ne présentait pas toutes ces ventilations. La nouvelle référence (voir le point 3, ci-bas) contient les données complètes qui appuient cette affirmation.

Avant la correction

Les résultats de l'Enquête canadienne sur la santé et les anticorps contre la COVID-19 (ECSAC) de 2023 ont révélé que près de 20 % des personnes ayant survécu à la COVID-19 (6,8 % des adultes du Canada) présentaient des symptômes du SPC¹⁶. Dans ce groupe, près de 80 % des personnes ont continué à ressentir ces symptômes pendant 6 mois ou plus, et plus de 40 % pendant un an ou plus¹⁶. Des résultats antérieurs indiquaient que la prévalence était plus élevée chez les femmes, les personnes hospitalisées au départ pour une forme grave de la COVID-19 et les personnes atteintes de maladies chroniques préexistantes¹⁸. Les symptômes les plus courants signalés lors du cycle 1 de l'enquête étaient la fatigue (72,1 %), la dyspnée (38,5 %) et le brouillard cérébral (32,9 %)²³¹.

Après la correction

Les résultats de l'Enquête canadienne sur la santé et les anticorps contre la COVID-19 (ECSAC) de 2023 ont révélé que près de 20 % des personnes ayant survécu à la COVID-19 présentaient des symptômes du SPC¹⁶. **Cela correspond à 11,7 % de l'ensemble de la population adulte, ou approximativement 3,5 millions de Canadiens. Parmi ceux qui présentaient des symptômes du SPC au moment de l'enquête (6,8 %),** près de 80 % des personnes ont continué à ressentir ces symptômes pendant 6 mois ou plus, et plus de 40 % pendant un an ou plus¹⁶. Des résultats antérieurs indiquaient que la prévalence **du SPC chez les personnes ayant survécu à la COVID-19** était plus élevée chez les femmes, les personnes hospitalisées au départ pour une forme grave de la COVID-19 et les personnes atteintes de maladies chroniques préexistantes^{18,257}. Les symptômes les plus courants signalés lors du **cycle 2** de l'enquête étaient la fatigue (72,1 %), la dyspnée (38,5 %) et le brouillard cérébral (32,9 %)²³¹.

3. p. 153, nouvelle référence :

257. Gouvernement du Canada. COVID-19 : Symptômes à long terme chez les adultes canadiens – Deuxième rapport [Internet]. Ottawa (Ont.) : Infobase Santé – Canada; [mise à jour le 21 août 2024; consultation le 13 mai 2025]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/syndrome-post-covid/rapport-printemps-2023.html>

Référence

1. Kuang S, Earl S, Clarke J, Zakaria D, Demers A, Aziz S. Les symptômes à long terme de la COVID-19 au sein de la population canadienne. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00015-fra.htm>

Autres publications de l'ASPC

[Annonce](#) dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues et livres. Voici quelques articles publiés en 2025.

Alami A, Dave S, Ebrahim M, Zareef I, Uhlik C, Laroche J. Exploring parent-driven determinants of COVID-19 vaccination in Indigenous children: insights from a national survey. *Vaccines (Basel)*. 2025;13(2):132. <https://doi.org/10.3390/vaccines13020132>

Hamm NC, Bartholomew S, Zhao Y, Peterson S, Al-Azazi S, McGrail K, et al. Minimum elements for reporting a multi-jurisdiction feasibility assessment of algorithms based on routinely collected health data: Health Data Research Network Canada recommendations. *Int J Popul Data Sci*. 2025;10(2):2466. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v10i2.2466>

Ramage K, Yee J, Srugo S, Little J, Liu S. Prenatal opioid use disorder and the risk of congenital anomalies in offspring: a population-based study. *Birth Defects Res*. 2025;117(2):e2456. <https://doi.org/10.1002/bdr2.2456>

Reynolds DL, Daoust R, Subnath M, Limburg H. Preventing harms from first prescriptions of opioids. *CMAJ*. 2025;197(5):E133-4. <https://doi.org/10.1503/cmaj.250094>

Salman L, Gien LT, Vicus D, Shier M, Kupets R, Gibbons S, Ashfaq S, Severini A, et al. What are the current HPV types contributing to cervical high-grade squamous intraepithelial lesions, adenocarcinoma in situ, and early cervical cancer? *J Obstet Gynaecol Can*. 2025;47(3):102783. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2025.102783>

Shi Y, Macrae K, de Groh M, Thompson W, Stockwell T. Mortality and hospitalizations fully attributable to alcohol use before versus during the COVID-19 pandemic in Canada. *CMAJ*. 2025;197(4):E87-95. <https://doi.org/10.1503/cmaj.241146>

Shields M, Tonmyr L, Pollock NJ, Gonzalez A, McKinnon B, Joshi D, Crompton L, et al. Health status among women and men in Canada who reported experiences of non-physical intimate partner violence, Canada. *Prev Med Rep*. 2025;51:103011. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.103011>

Vigod SN, Babujee A, Huang A, Fung K, Vercammen K, Lye J, Dzakupasu S, Luo W. Perinatal mental illness in Ontario (2007–2021): a population-based repeated cross-sectional surveillance study. *Can J Public Health*. Publication en ligne [Epub] : 24 février 2025. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00987-2>

Wang J, Orpana H, Carrington A, Kephart G, Vasiliadis H-M, Leikin B. Development and validation of prediction models for perceived and unmet mental health needs in the Canadian general population: model-based synthetic estimation study. *JMIR Public Health Surveill*. 2025;11:e66056. <https://doi.org/10.2196/66056>

