

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 45 • numéro 9 • septembre 2025

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

- 383** Association entre la COVID-19 et les visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta (Canada) : analyse de séries temporelles interrompues

Synthèse des données probantes

- 393** Sites de consommation supervisée et mortalité par surdose à l'échelle de la population : revue systématique des données récentes, 2016-2024
- 404** Revue systématique des interventions axées sur l'alimentation pour atténuer l'insécurité alimentaire des ménages au Canada

Commentaire

- 425** Les preuves sont là : la prise de responsabilité doit être intégrée au processus d'élaboration des politiques visant à réduire l'insécurité alimentaire des ménages

Avis de publication

- 431** *La santé des jeunes au Canada : portrait de la santé mentale*

Annonce

- 432** Remerciements à nos rédacteurs scientifiques adjoints de longue date
- 434** 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

Association entre la COVID-19 et les visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta (Canada) : analyse de séries temporelles interrompues

Kelsey A. Speed, M. Sc. (1); Hauwa Bwala, D.M.V. (1); Nicole D. Gehring, M. Sc. (1); Marawan Ahmed, Ph. D. (2); Kathryn Dong, M.D. (3); Parabhdeep Lail, M.D. (4); Shanell Twan (5); Gillian Harvey, M.A. (6); Patrick McLane, Ph. D. (3,7); Ginetta Salvalaggio, M.D. (8); T. Cameron Wild, Ph. D. (1); Klaudia Dmitrienko, M.A. (9); Joshua Hathaway, M. Sc. (9); Elaine Hyshka, Ph. D. (1)

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

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

Résumé

Introduction. Les services d'urgence sont des points d'accès important aux soins de santé pour les personnes qui consomment des drogues, mais on ne sait pas véritablement si le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à des changements dans les visites à l'urgence liées aux opioïdes. Nous avons cherché à savoir si 1) le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à un changement quelconque des taux moyens de visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta et 2) si ces taux moyens variaient selon les zones présentant des taux de cas de COVID-19 différents.

Méthodologie. Nous avons mené des analyses de séries temporelles interrompues par maximum de vraisemblance afin de comparer les visites à l'urgence liées aux opioïdes pendant la « période pré-pandémique » (du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020) et pendant la « période pandémique » (du 2 mars 2020 au 14 mars 2021).

Résultats. Il y a eu 8883 visites à l'urgence liées aux opioïdes durant la période pré-pandémique et 11 657 durant la période pandémique. Le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à une augmentation du nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes (Edmonton : rapport des taux d'incidence [RTI] = 1,37, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,30 à 1,44, $p < 0,05$; Calgary : RTI = 1,14, IC à 95 % : 1,07 à 1,20, $p < 0,05$; autres zones sanitaires : RTI = 1,14, IC à 95 % : 1,07 à 1,21, $p < 0,05$). L'évolution du nombre de cas COVID-19 n'offre pas de correspondance en fonction des zones avec les variations dans les taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes.

Conclusion. Il n'y a aucune association entre l'augmentation du nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes ayant eu lieu au début de la pandémie de COVID-19 et la prévalence des cas de COVID-19 en Alberta.

Mots-clés : COVID-19, consommation d'opioïdes, médecine d'urgence, santé publique, personnes qui consomment des drogues, consommation de substances, surdose de drogue



Points saillants

- La pandémie de COVID-19 a conduit à une aggravation des méfaits chez les personnes qui consomment des drogues, notamment en raison de la réduction de capacité des services de santé et des services sociaux.
- Nous avons comparé le nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de l'année précédant la pandémie (du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020) à celui de la première année de la pandémie (du 2 mars 2020 au 14 mars 2021).
- Le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à une augmentation du nombre de visites à l'urgence liée aux opioïdes, qui n'était pas liée à la prévalence des cas de COVID-19.
- Des travaux de recherche sont nécessaires pour déterminer comment soutenir au mieux les personnes qui consomment des drogues lors d'une prochaine pandémie et d'autres situations d'urgence.

Rattachement des auteurs :

1. École de santé publique, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
2. Quantitative Solutions, Applied Pharmaceutical Innovation, Edmonton (Alberta), Canada
3. Département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
4. Département de médecine, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
5. The Alberta Alliance Who Educate and Advocate Responsibly (AAWEAR), Edmonton (Alberta), Canada
6. Département d'art et de design, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
7. Réseau clinique stratégique d'urgence, Services de santé Alberta (Alberta), Canada
8. Département de médecine familiale, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
9. Services de santé Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Correspondance : Elaine Hyshka, 4-061 Edmonton Clinic Health Academy, 11405 87 Ave. NW, Edmonton (Alberta) T6G 1C9; tél. : 780-613-5105; courriel : ehyshka@ualberta.ca

Introduction

Au Canada, la pandémie de COVID-19 a coïncidé avec la crise d'intoxication aux drogues en cours, exacerbant ainsi les risques pour les personnes qui consomment des drogues^{1,2}. Cette situation a été particulièrement manifeste en Alberta, où ces deux crises de santé publique ont entraîné une mortalité importante³⁻⁵. La fermeture des frontières et la perturbation des chaînes d'approvisionnement ont accru la contamination, la toxicité et le coût des drogues illicites⁶⁻⁹. L'isolement social et les difficultés financières et psychologiques ont pu inciter certaines personnes à consommer des substances pour composer avec la situation^{6,8-10}. La réduction des services de santé et des services sociaux non urgents destinés aux personnes qui consomment des drogues a limité la capacité de ces services à mettre en place des mesures renforcées de prévention et de contrôle des infections¹¹, ce qui a restreint l'accès aux services de consommation supervisée³, aux soins primaires¹², aux installations de gestion et de traitement du sevrage¹³, aux fournitures stériles de consommation de drogues, aux trousseaux de naloxone et aux services de vérification des drogues^{14,15}. Par conséquent, davantage de personnes ont consommé des drogues seules ou dans d'autres conditions dangereuses pendant des périodes plus longues, augmentant ainsi leur risque d'intoxication et d'infection¹⁶ et la probabilité qu'elles aient besoin de soins d'urgence¹⁷.

La pandémie de COVID-19 et les mesures de prévention et de contrôle des infections qui en ont découlé ont entraîné des changements quant au nombre de personnes sollicitant des soins d'urgence et à la manière dont ces services ont été dispensés. Le nombre total de personnes sollicitant des soins d'urgence a diminué peu après le début de la pandémie¹⁸, probablement en raison des craintes de transmission de la COVID-19 à l'hôpital, de la diminution du nombre de blessures résultant des ordonnances de confinement et de la réduction du nombre d'interventions en milieu hospitalier non liées à la COVID-19¹⁹. Le personnel des services d'urgence a également modifié sa façon d'effectuer le triage des personnes qui consomment des drogues et d'intervenir auprès d'elles, a réduit la prescription de traitements par agonistes opioïdes²⁰ et a modifié les rendez-vous avec le personnel de soutien auxiliaire (comme les conseillers) de la prestation en personne à la prestation à

distance, ce qui a nui à l'établissement de rapports avec les patients et réduit l'ajustement vers des services communautaires après le congé des services d'urgence¹⁴. Ce point est particulièrement important, car les services d'urgence sont des points d'accès clés aux soins de santé pour les personnes qui consomment des drogues, et les fournisseurs de soins de santé à l'urgence peuvent atténuer les méfaits futurs grâce au traitement par agonistes opioïdes²¹⁻²³, en distribuant de la naloxone et en orientant les patients vers des services communautaires²⁴.

On ne sait pas encore exactement comment la pandémie de COVID-19 et ses répercussions sur les services d'urgence ont affecté les visites à l'urgence liées aux opioïdes. Nous avons réalisé cette étude pour savoir si 1) le début de la pandémie de COVID-19 était associé à un changement des taux moyens de visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta et si 2) ce changement des taux moyens variait en fonction des zones présentant des taux différents de cas de COVID-19. Nous avons formulé l'hypothèse que 1) le début de la pandémie de COVID-19 était corrélé à des changements dans le taux d'incidence des visites à l'urgence liées aux opioïdes et 2) qu'il existait une association entre les tendances du nombre de cas de COVID-19 et le taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes selon les zones.

Méthodologie

Approbation par un comité d'éthique

Le Comité d'éthique de la recherche 3 (Comité d'éthique de la recherche en santé – Groupe de travail sur la santé) de l'Université de l'Alberta a donné son approbation en matière d'éthique (Pro00103203); une renonciation de consentement ou un consentement éclairé des participants n'était pas nécessaire, puisque nous avons extrait des données administratives sur la santé anonymisées.

Modèle d'étude

Nous avons mené une analyse de séries temporelles interrompues pour vérifier si l'incidence des visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta avait changé au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 (appelée « période pandémique », soit du 2 mars 2020 au 14 mars 2021) par rapport à avant la pandémie (appelée « période pré-pandémique », soit

du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020) à l'aide du dénombrement des visites à l'urgence liées aux opioïdes sur des périodes de 2 semaines. Les analyses de séries temporelles interrompues sont couramment utilisées dans les études d'observation en santé publique afin d'effectuer des comparaisons « avant et après » en tenant compte des tendances temporelles pré-existantes, de la saisonnalité et d'autres facteurs de confusion variables au fil du temps²⁵. La période pandémique a été définie d'après la mise en œuvre des protocoles de réponse à la COVID-19 dans les établissements de soins actifs de l'Alberta (au début du mois de mars 2020) et nous avons créé des périodes pré-pandémique et pandémique de même durée (27 points de données de périodes de 2 semaines chacune) pour l'analyse « avant et après ».

L'Alberta est régie par une seule autorité de santé provinciale (Services de santé Alberta/Alberta Health Services)²⁶ qui se compose de cinq zones sanitaires distinctes : Nord, Edmonton, Centre, Calgary et Sud²⁷. La taille de la population et la superficie de chaque zone diffèrent : les zones sanitaires d'Edmonton et de Calgary, qui englobent les régions métropolitaines, ont une population plus importante et des superficies moindres que les zones sanitaires Nord, Centre et Sud, qui sont des régions plus rurales. Nous avons recensé 105 services d'urgence (incluant les centres de services ambulatoires et communautaires) dans la province pour lesquels nous disposions de données pour la période visée par l'étude (34 dans la zone sanitaire Nord, 13 dans celle d'Edmonton, 29 dans la zone Centre, 18 dans celle de Calgary et 11 dans la zone Sud). Il existe d'autres services d'urgence dans la province, mais ils ne disposaient pas de toutes les données pour la période visée par notre étude. Nous avons fusionné les zones sanitaires Nord, Sud et Centre pour créer la variable « autres zones sanitaires » en raison du nombre limité de points de données disponibles dans chacune de ces zones, moins peuplées.

Source des données

Nous avons extrait du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) les données sur les visites à l'urgence liées aux opioïdes (c.-à-d. le nombre brut de patients) pour la période allant du 3 mars 2019 au 14 mars 2021. Le SNISA recueille les dossiers médicaux concernant toutes les visites à l'urgence en

Alberta²⁸. Nous avons inclus tous les diagnostics codés selon la CIM-10 correspondant à l'intoxication par l'opium (T40.0), l'intoxication par d'autres opioïdes (T40.2) et l'intoxication par des narcotiques autres ou non spécifiés (T40.6) ainsi les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opioïdes (F11.0 à F11.9). Nous avons extrait les données démographiques (sexe, zone sanitaire) pour toutes les visites à l'urgence associées à ces diagnostics.

Analyse des données

Nous avons évalué les tendances en matière de visites à l'urgence pour des affections liées aux opioïdes sur des périodes de 2 semaines pendant 2 ans en utilisant l'analyse des séries temporelles interrompues par maximum de vraisemblance pour le dénombrement. Nous avons tenté d'établir des corrélations entre les variables avant l'analyse. Des modèles de régression binomiale négative (en raison de la distribution non normale des données et de la surdispersion) ont ensuite

été ajustés pour tester les deux hypothèses de l'étude. Nous avons modélisé les taux directement avec un modèle statistique log-linéaire en incluant le dénombrement comme variable dépendante et nous avons ajusté pour les tendances sous-jacentes, comme la saisonnalité, en incluant les périodes de 2 semaines dans le modèle en tant que variable nominale. Tous les tests d'hypothèse ont été réalisés avec un niveau de signification (alpha) de 0,05. Nous avons effectué des diagnostics de régression après l'estimation, en utilisant notamment des critères d'information de quasi-vraisemblance pour évaluer la qualité de l'ajustement. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel Stata, version 17 (StataCorp LLC, College Station, Texas, États-Unis) à l'aide des commandes « nbreg » et « margins ».

Résultats

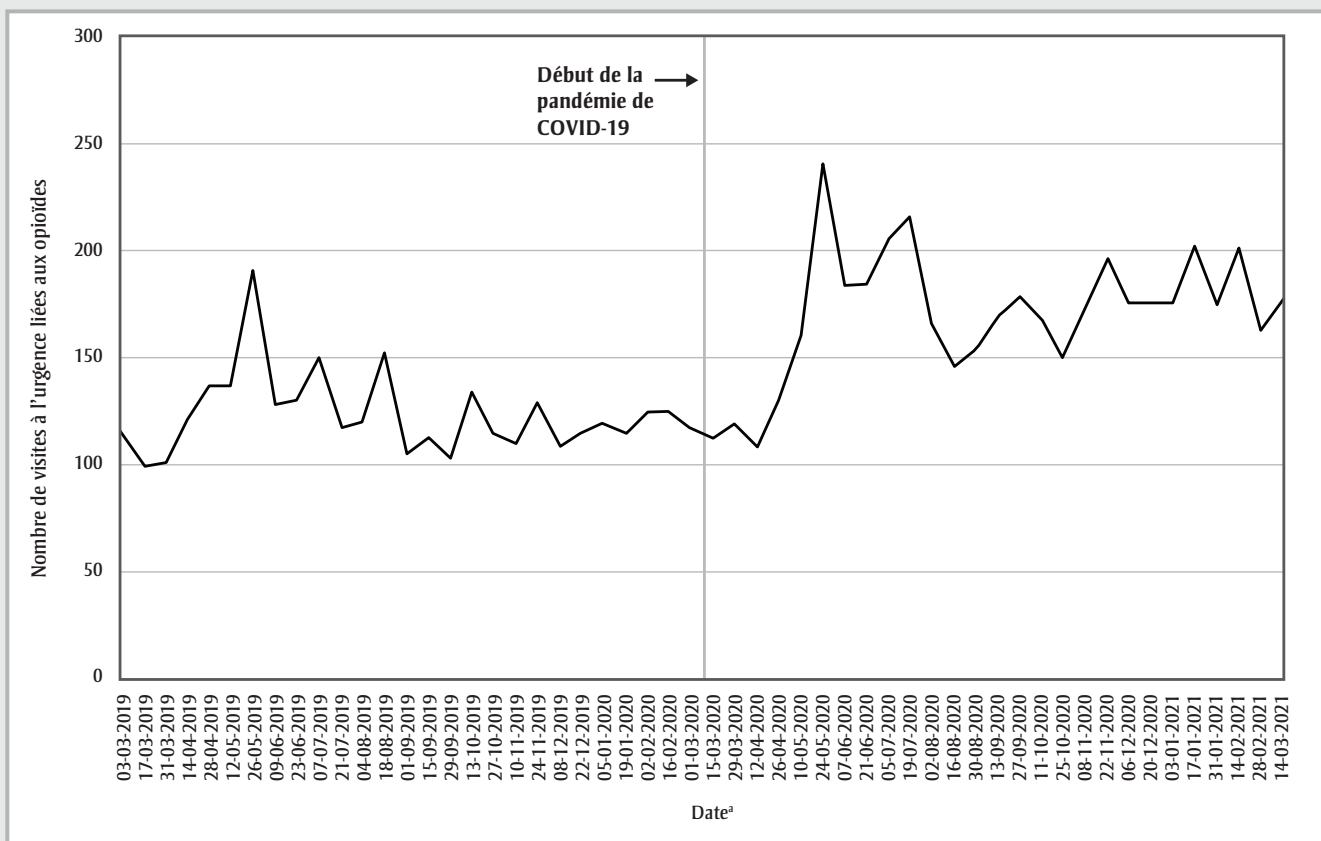
Sur l'ensemble de l'Alberta, il y a eu 20540 visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de la période visée par

l'étude, soit 8883 visites (43,2 %) durant la période prépandémique et 11 657 visites (56,9 %) durant la période pandémique. Sur l'ensemble de la période visée par l'étude, 7934 visites à l'urgence liées aux opioïdes (38,6 %) ont eu lieu dans la zone sanitaire d'Edmonton, 7120 (34,7 %) dans la zone sanitaire de Calgary et 5 486 (26,7 %) dans les autres zones sanitaires. Selon la définition du sexe établie par Services de santé Alberta (soit le sexe indiqué sur la pièce d'identité délivrée par le gouvernement et présentée au moment de l'enregistrement), 12338 patients (60,1 %) étaient de sexe masculin et 8202 (39,9 %) de sexe féminin.

Dans la zone sanitaire d'Edmonton, la période pandémique a été associée à une augmentation du taux d'incidence des visites à l'urgence liées aux opioïdes comparativement à la période prépandémique (rapport des taux d'incidence [RTI] = 1,37; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,30 à 1,44; $p < 0,05$) (figure 1).

FIGURE 1

Nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de chaque période de deux semaines, du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020 (« période prépandémique ») et du 2 mars 2020 au 14 mars 2021 (« période pandémique »), zone sanitaire d'Edmonton (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

La période pandémique a également été associée à une augmentation des taux d'incidence de visites liées aux opioïdes dans la zone sanitaire de Calgary (RTI = 1,14; IC à 95 % : 1,07 à 1,20; $p < 0,05$) et dans les autres zones sanitaires (RTI = 1,14; IC à 95 % : 1,07 à 1,21; $p < 0,05$), quoique dans une moindre mesure que dans la zone sanitaire d'Edmonton (figures 2 et 3).

Les tendances relatives au nombre de cas de COVID-19 entre mars 2020 et mars 2021 ne sont associées aux taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes ni dans la zone sanitaire d'Edmonton (RTI = 1,00; IC à 95 % : 0,99 à 1,00; $p = 0,23$), ni dans celle de Calgary (RTI = 1,00; IC à 95 % : 1,00 à 1,00; $p < 0,05$) (figures 4 et 5). En raison des fluctuations du nombre de cas de COVID-19 dans les autres zones sanitaires, nous n'avons pas été en mesure de modéliser cette relation pour ces zones rurales.

Analyse

Le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à une augmentation du taux de

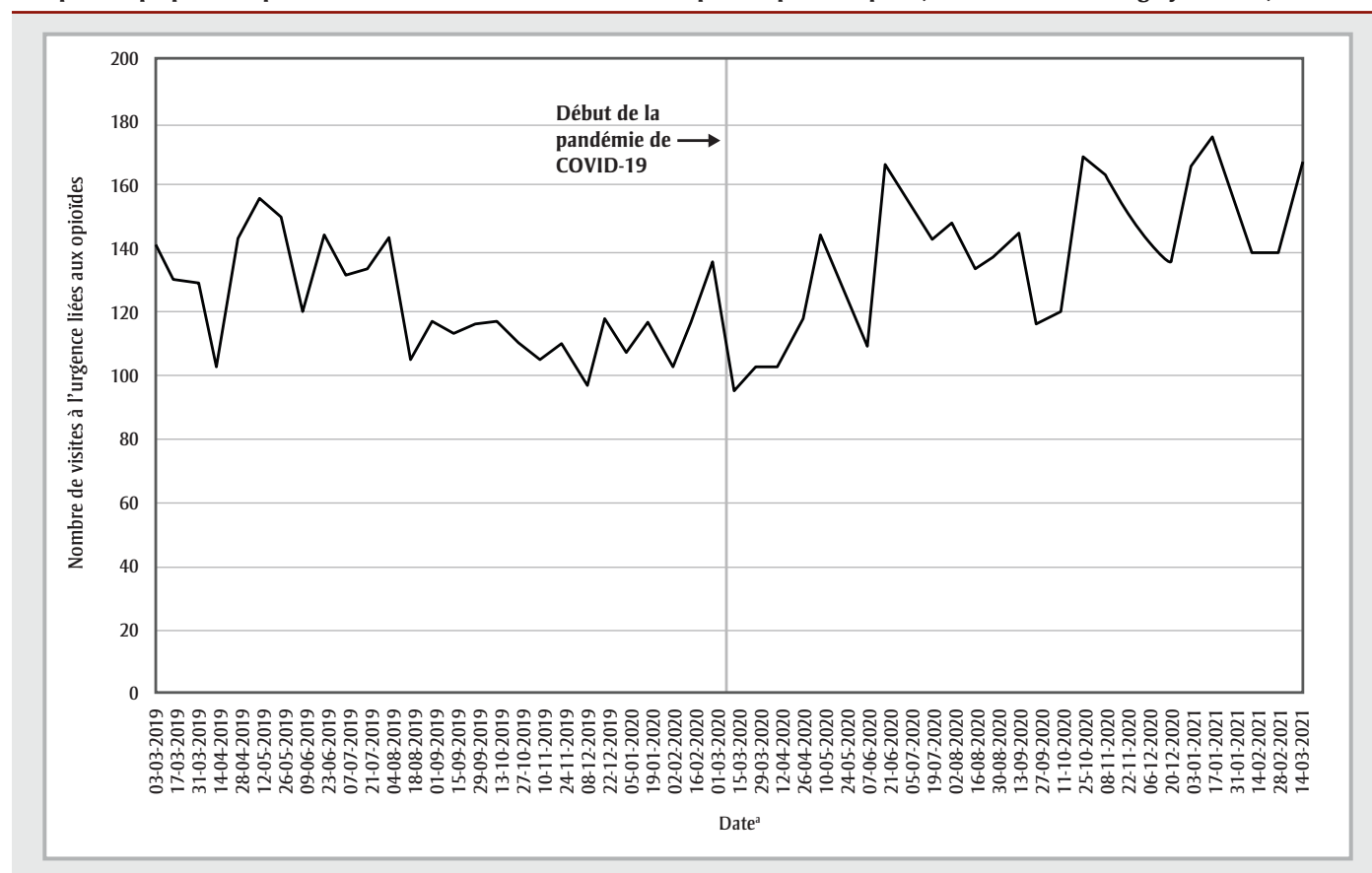
visites à l'urgence liées aux opioïdes dans les zones sanitaires d'Edmonton, de Calgary et dans les autres zones sanitaires, malgré une diminution générale du nombre de visites à l'urgence en Alberta pour l'ensemble des problèmes de santé en 2019 et 2020²⁹. La zone sanitaire d'Edmonton a enregistré le taux d'incidence le plus élevé de consultations liées aux opioïdes pendant la pandémie de COVID-19. Le modèle de régression a aussi révélé une hausse du nombre absolu moyen de visites à l'urgence pour des problèmes liés aux opioïdes pendant la période pandémique de COVID-19 en Alberta. Cependant, aucune association n'a été établie entre le nombre de cas de COVID-19 et les taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes dans les zones sanitaires d'Edmonton ou de Calgary.

Nos résultats concordent avec ceux d'études menées aux États-Unis³⁰ et offrent un contexte canadien plus que nécessaire pour comprendre l'intersection complexe entre la pandémie de COVID-19 et la crise d'intoxication aux drogues. Compte tenu

des dynamiques distinctes qui interviennent dans la transmission des maladies infectieuses et les méfaits liés à l'intoxication aux drogues, les comparaisons directes entre les réponses de santé publique à chaque crise sont difficiles. Néanmoins, les gouvernements peuvent mobiliser rapidement des ressources et des compétences en réponse à une crise de santé publique. Les efforts visant à atténuer les répercussions de la COVID-19 – notamment les décrets de santé publique (p. ex. les obligations relatives au port du masque et à l'isolement)³¹, la stratégie de vaccination coordonnée³² et la mise en œuvre d'une capacité de pointe dans les services de soins intensifs³³ – ont été mis en place rapidement et maintenus pendant deux ans. La réponse à la crise d'intoxication aux drogues actuelle a varié quant à sa portée et à son rythme, malgré les 8282 décès par intoxication aux opioïdes survenus en Alberta entre janvier 2016 et août 2023³. Des efforts comparables pour atténuer les répercussions de la crise d'intoxication aux drogues pourraient inclure

FIGURE 2

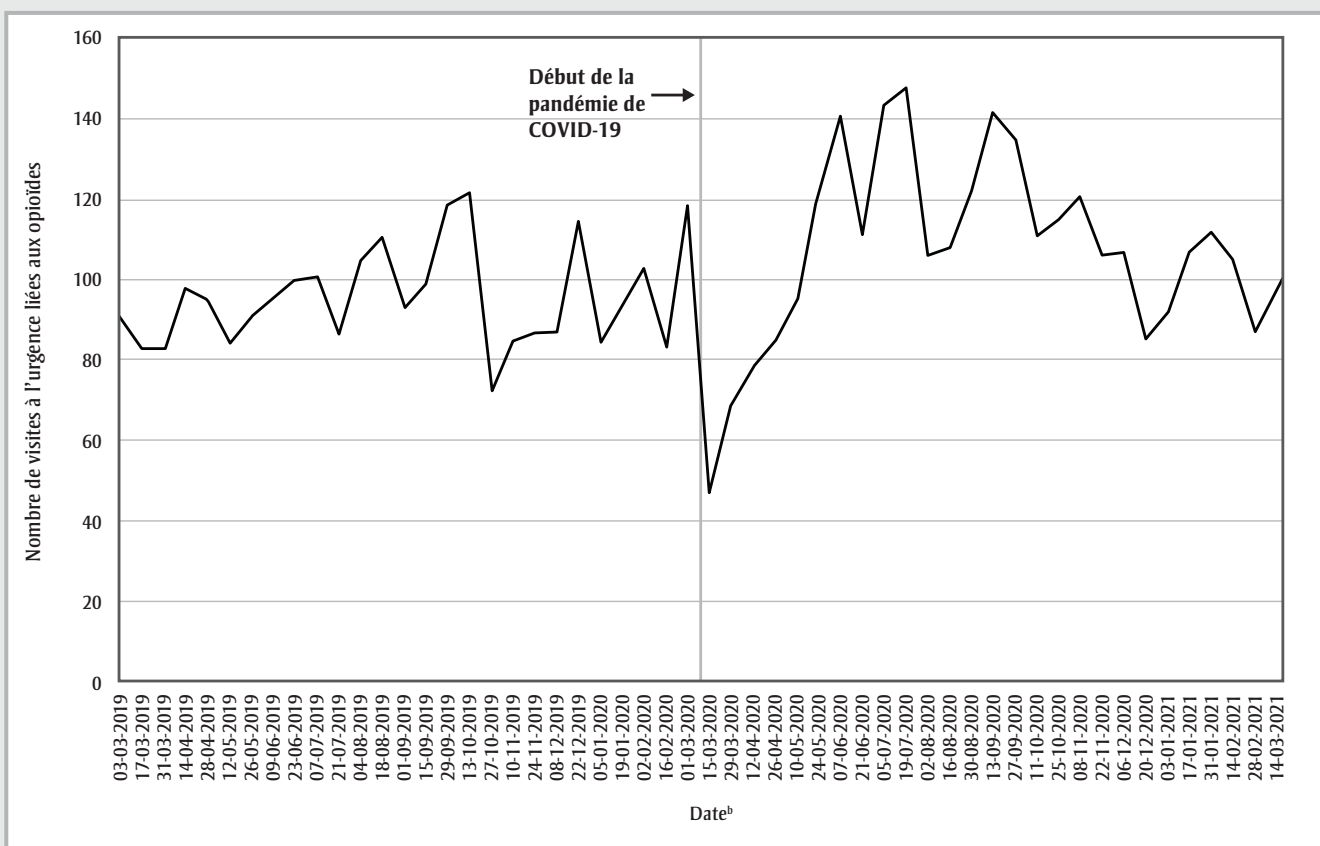
Nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de chaque période de deux semaines, du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020 (« période pré-pandémique ») et du 2 mars 2020 au 14 mars 2021 (« période pandémique »), zone sanitaire de Calgary (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

FIGURE 3

Nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de chaque période de deux semaines, du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020 (« période prépandémique ») et du 2 mars 2020 au 14 mars 2021 (« période pandémique »), autres zones sanitaires^a, Alberta (Canada)



^a Les zones sanitaires Nord, Sud et Centre de Services de santé Alberta ont été regroupées sous la variable « autres zones sanitaires » en raison du nombre limité de points de données disponibles dans chacune de ces zones moins peuplées.

^b Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

la promotion par les gouvernements d'un accès généralisé à des services et à des options de traitement fondés sur des données probantes (services de consommation supervisée, traitements par agonistes opioïdes) par l'intermédiaire des pharmacies et des cliniques temporaires ou mobiles, entre autres.

En outre, les réponses à ces deux urgences de santé publique étroitement liées ont été largement indépendantes l'une de l'autre, malgré la possibilité d'une exacerbation des méfaits chez les personnes qui consomment des drogues pendant les situations d'urgence et les périodes de changements sociaux importants comme la pandémie de COVID-19⁶. En effet, la hausse rapide et significative des méfaits liés aux opioïdes après le début de la pandémie de COVID-19 constitue une leçon importante pour les urgences de santé publique à venir, car elle met en lumière l'importance d'accorder une attention

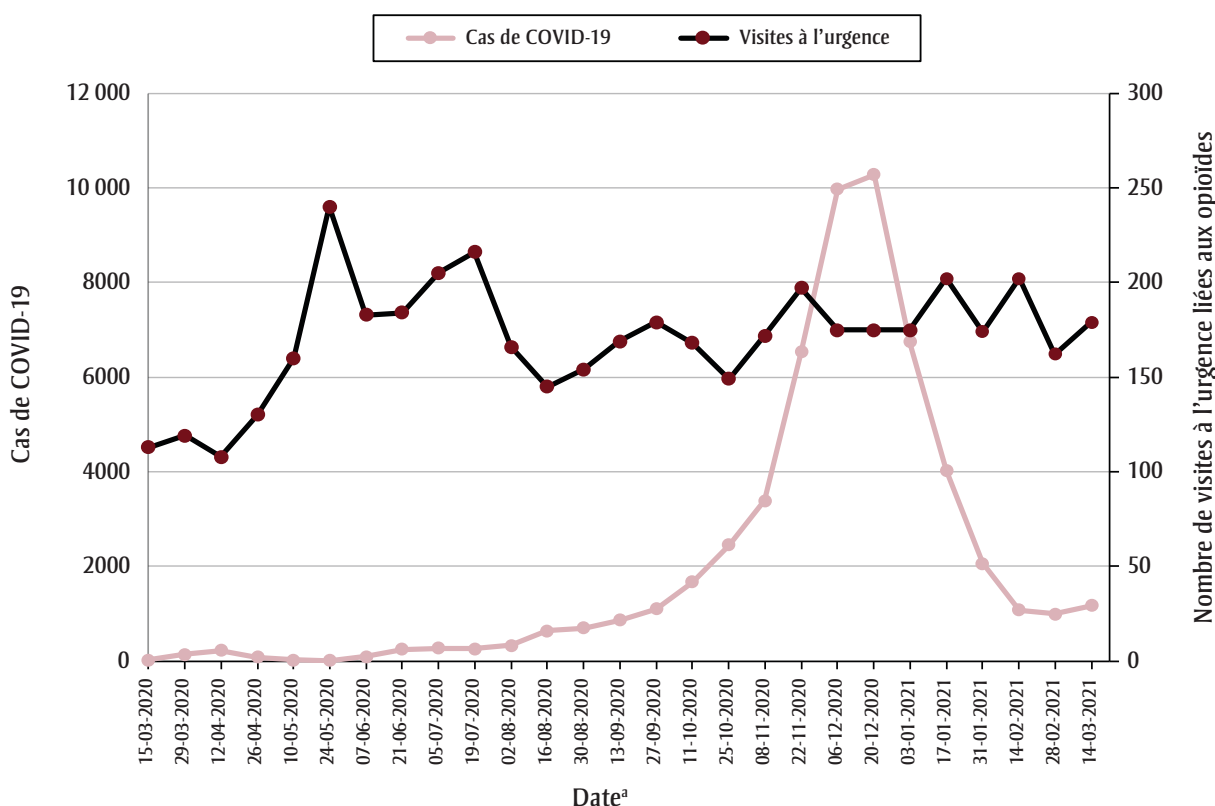
particulière aux besoins des personnes qui consomment des drogues lors de la planification prévisionnelle de prochaines crises de santé publique, dans le contexte toujours actuel de la crise d'intoxication aux drogues. Pour garantir les meilleurs résultats pour la santé des personnes qui consomment des drogues, les gouvernements doivent ainsi mettre en œuvre rapidement des réponses cohérentes fondées sur des données probantes qui tiennent compte de l'interdépendance de ces deux crises de santé publique.

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à l'augmentation plus importante du nombre de visites à l'urgence liée aux opioïdes dans la zone sanitaire d'Edmonton par rapport à celle de Calgary et aux autres zones sanitaires. Nous discutons ici de deux facteurs possibles. Premièrement, il est possible que les différences géographiques relatives à l'offre de drogues illégales aient mené à des taux différents de

toxicité aiguë aux opioïdes dans chacune des zones sanitaires : les données toxicologiques provinciales révèlent la présence de carfentanyl dans 20 % des décès de toxicité aiguë liés à un opioïde à Edmonton en 2020 et dans 54 % en 2021, contre seulement 1 % et 5 % de ces décès à Calgary pendant les mêmes périodes³. Le carfentanyl, un opioïde de synthèse qui est particulièrement puissant par rapport à d'autres opioïdes (comme l'héroïne et le fentanyl)³⁴, a été associé à des taux accrus de toxicité aiguë et de décès liés aux drogues aux États-Unis³⁵.

Deuxièmement, le nombre de personnes en situation d'itinérance à Edmonton est passé de 1 971 en 2018³⁶ à plus de 3 000 en 2022³⁷, alors que cette population est restée relativement stable à Calgary (2 911 en 2018³⁸ à 2 782 en 2022³⁹). Or l'itinérance a été associée à une augmentation du nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations liées aux opioïdes avant^{40,41} et

FIGURE 4
Nombre de cas de COVID-19 et de visites à l'urgence liées aux opioïdes pour chaque période de 2 semaines, du 15 mars 2020 au 14 mars 2021, zone sanitaire d'Edmonton (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

pendant⁴² la pandémie de COVID-19. En outre, le nombre de décès par intoxication aux opioïdes dans les lieux publics en Alberta a augmenté durant la pandémie³, ce qui semble indiquer un risque plus élevé de conséquences graves liées aux opioïdes nécessitant des soins d'urgence immédiats chez les personnes en situation d'itinérance. Il est possible que la différence entre les taux d'itinérance à Edmonton et à Calgary contribue davantage à l'écart entre les taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes que ce que nous avons constatés dans cette étude.

Les recherches futures devraient vérifier si des changements dans les établissements de soins actifs (comme les nouvelles exigences en matière d'équipement de protection individuelle⁴³), l'épuisement professionnel chez les cliniciens et les travailleurs de la santé⁴⁴ ou d'autres conséquences de la pandémie de COVID-19 ont eu une incidence sur la mise en place d'interventions centrées sur le patient et fondées sur des données probantes pour

les patients des services d'urgence ayant des problèmes liés aux opioïdes.

Forces et limites

Nos constatations font état d'une augmentation du nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes durant la période pandémique, mais notre étude comporte des limites pouvant avoir une influence sur l'interprétation des résultats. Premièrement, le nombre limité de points de données dans les zones sanitaires Nord, Sud et Centre a empêché la réalisation d'une analyse plus nuancée du lien entre la pandémie de COVID-19 et les visites à l'urgence liées aux opioïdes dans les zones situées en dehors des deux grandes villes de la province.

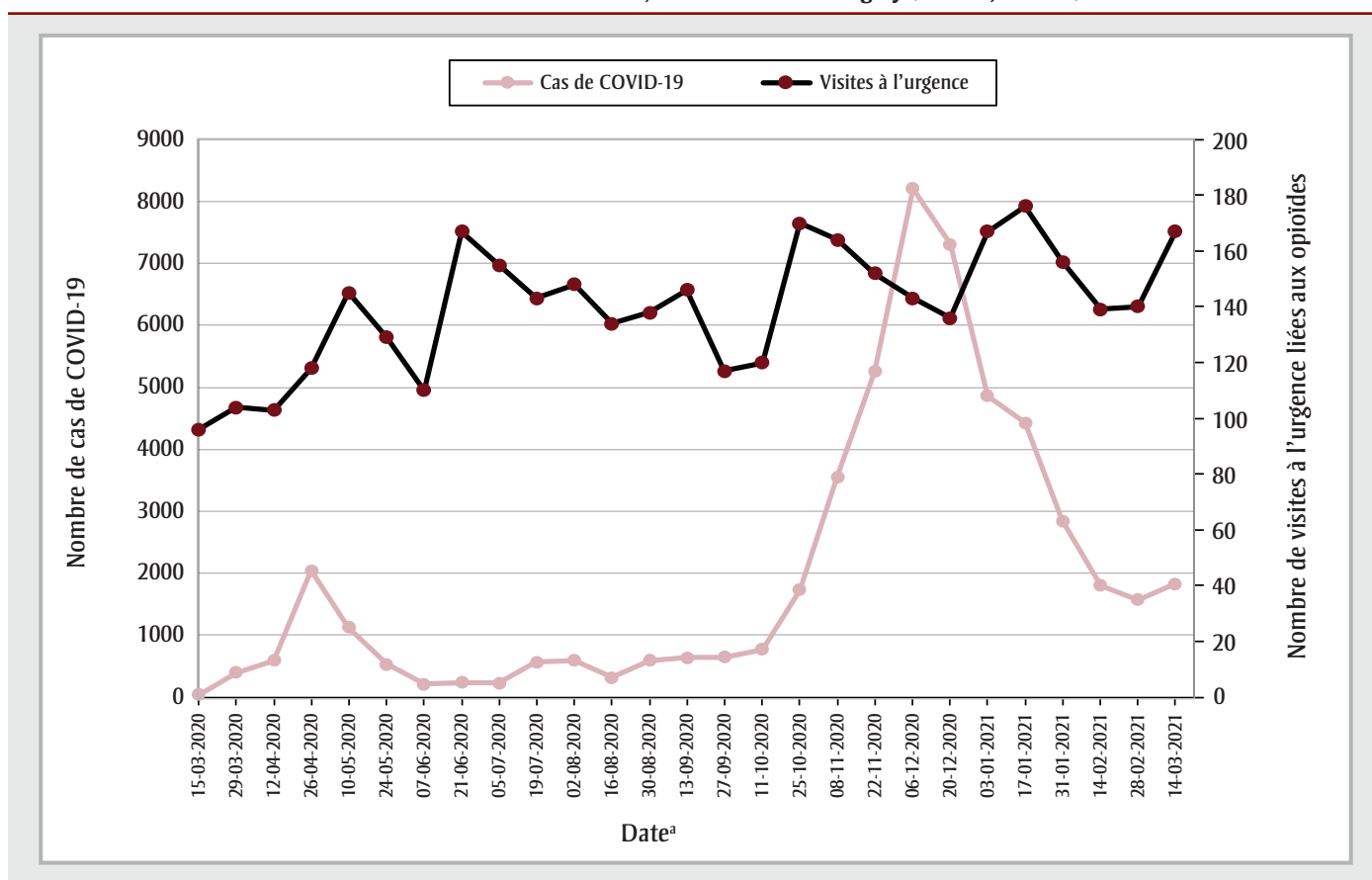
Deuxièmement, cette analyse est fondée sur les codes de la CIM-10 tels qu'ils sont enregistrés dans les données administratives. Or ces codes peuvent être appliqués de façon plus ou moins uniforme (par exemple en raison d'un biais de classification,

d'un diagnostic erroné, de notes cliniques peu claires ou mal interprétées ou de changements dans les pratiques de diagnostic ou de tenue des dossiers au sein des services d'urgence⁴⁵) et sont susceptibles de ne pas refléter le nombre réel de visites à l'urgence liées à la consommation d'opioïdes.

Troisièmement, nous n'avons pas pu tenir compte de la volatilité de l'offre de drogues dans les différentes zones sanitaires au cours de la période visée par notre étude, en raison du manque de renseignements publics fiables sur l'offre de drogues.

Enfin, les données de surveillance de l'Alberta de 2016 à 2022 montrent que les réponses des services médicaux d'urgence aux urgences liées aux opioïdes étaient les plus élevées chez les personnes de 20 à 39 ans, tandis que les hospitalisations étaient les plus élevées chez les personnes de 60 ans ou plus (sauf en 2021, où les personnes de 30 à 39 ans ont affiché le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations)⁴⁶.

FIGURE 5
Nombre de cas de COVID-19 et de visites à l'urgence liées aux opioïdes pour chaque période de 2 semaines, du 15 mars 2020 au 14 mars 2021, zone sanitaire de Calgary (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

Cependant, comme nous n'avons pu recueillir que l'âge moyen de tous les visiteurs au cours de chaque période de 2 semaines, et non l'âge de chaque visiteur, nous ne pouvons pas analyser l'âge au moment des visites à l'urgence et nous ne sommes pas en mesure de confirmer si les données incluses dans notre étude concordent avec ces tendances. Les recherches futures qui recueillent des données sur l'âge de chaque individu pourraient révéler des tendances significatives en fonction de l'âge dans les visites à l'urgence liées aux opioïdes et pourraient également repérer les groupes démographiques les plus touchés par les situations d'urgence liées aux opioïdes.

Conclusion

Depuis 2020, le Canada a dû faire face simultanément à deux crises de santé publique. La pandémie de COVID-19 et la crise d'intoxication aux drogues ont mis à rude épreuve notre système de soins de santé et entraîné un nombre sans précédent

de décès. Au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, les préjudices subis par les personnes qui consomment des drogues ont été exacerbés et le nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes a augmenté dans toutes les zones sanitaires en Alberta. Le taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes s'est révélé plus fortement associé au début de la pandémie dans la zone sanitaire d'Edmonton que dans celle de Calgary ou les autres zones sanitaires. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si la pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur la qualité des soins d'urgence reçus par les personnes qui consomment des drogues en quête de soins et pour comprendre comment mieux les aider à obtenir les meilleurs soins possibles dans les services d'urgence lors d'une prochaine pandémie ou d'une autre situation d'urgence.

Remerciements

Nous remercions Lexis R. Galarneau pour sa précieuse contribution à la mise en

forme du manuscrit, ainsi que May Mrochuk (médecin, utilisatrice de connaissances), Katherine Rittenbach (médecin, co-candidate) et Shelly Vik (collaboratrice) pour leur rôle dans l'obtention de la subvention de fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui a permis de financer cette étude. Le pôle des Prairies de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives (ICRIS) a donné son appui à l'analyse des données administratives dans le cadre du partenariat ICRIS-SSA pour l'avancement de l'analyse dans le domaine des dépendances.

Financement

Ce projet a été financé par une subvention de fonctionnement des IRSC pour l'élaboration d'adaptations novatrices des services et de la prestation, dans le cadre de la subvention n° 448953. Cette recherche a également été réalisée, en partie, grâce au financement du Programme des Chaires de recherche du Canada par l'entremise

d'une chaire de recherche du Canada de niveau II en innovation des systèmes de santé attribuée à Elaine Hyshka.

Conflits d'intérêts

EH et GS ont reçu une subvention de la Fondation de l'hôpital Royal Alexandra et des IRSC. EH a également reçu une subvention de l'Association canadienne de santé publique, de Santé Canada et de Services de santé Alberta. Elle a également reçu des honoraires de collaboration du magazine Alberta Views, des paiements de frais de voyage de l'AMERSA, de la Communauté de pratique nationale sur l'approvisionnement plus sécuritaire et des IRSC, et a participé à des conseils consultatifs pour Santé Canada, la Société royale du Canada, Services de santé Alberta et la Ville d'Edmonton.

KDong a reçu une subvention de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives, des honoraires de comité de l'Edmonton Zone Medical Staff Association, des paiements de frais de voyage ou de conférence de l'Association canadienne des médecins d'urgence et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ainsi qu'un salaire de dirigeant médical de Services de santé Alberta lors de la réalisation de ces travaux.

PML a reçu une subvention des IRSC, de Services de santé Alberta et du gouvernement métis d'Otipemisiwak. Il a également reçu des honoraires de conférence de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun autre conflit d'intérêts. Tous les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

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

HB : organisation des données, analyse formelle, relectures et révisions.

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

MA : organisation des données, analyse formelle, relectures et révisions.

KDong : conception, obtention du financement, relectures et révisions.

PL : obtention du financement, relectures et révisions.

ST : obtention du financement, relectures et révisions.

GH : obtention du financement, relectures et révisions.

PML : obtention du financement, relectures et révisions.

GS : conception, obtention du financement, relectures et révisions.

TCW : obtention du financement, relectures et révisions.

KDm : obtention du financement, relectures et révisions.

JH : obtention du financement, organisation des données, analyse formelle, relectures et révisions.

EH : conception, obtention du financement, supervision, 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. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Ann Intern Med.* 2020;173(1):61-62. <https://doi.org/10.7326/M20-1212>
2. Tam T. Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 3 août 2023]. [N° au catalogue : HP2-10E-PDF]. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf>
3. Government of Alberta. Alberta substance use surveillance system [Internet]. Edmonton (AB): Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 novembre 2023]. En ligne à : https://healthanalytics.alberta.ca/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F1bbb695d-14b1-4346-b66e-d401a40f53e6§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
4. Moriarty TJ, Boczula AE, Kaur Thind E, Loreto N, McElhaney JE. Surmortalité toutes causes confondues pendant l'épidémie de COVID-19 au Canada : une note de breffage de la SRC [Internet]. Ottawa (Ont.) : Société royale du Canada; 2021. En ligne à : https://rsc-src.ca/sites/default/files/EM%20PB_FR.pdf
5. COVID-19 Resources Canada. Traqueur de surmortalité [Internet]. COVID-19 Resources Canada; 2021 [consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://covid19resources.ca/public/suivi-surmortalite/?lang=fr>
6. Henderson R, McInnes A, Mackey L, Bruised Head M, Crowshoe L, Hann J, et al. Opioid use disorder treatment disruptions during the COVID-19 pandemic and other disasters: a scoping review addressing dual public health emergencies. *BMC Public Health.* 2021; 21(1):1471. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11495-0>
7. United Nations Office on Drugs and Crime. Research Brief: COVID-19 and the drug supply chain: from production and trafficking to use [Internet]. Vienne (AT): UNODC; 2020. En ligne à : <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/Covid-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf>
8. Ali F, Russell C, Nafeh F, Rehm J, LeBlanc S, Elton-Marshall T. Changes in substance supply and use characteristics among people who use drugs (PWUD) during the COVID-19 global pandemic: a national qualitative assessment in Canada. *Int J Drug Policy.* 2021;93:103237. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103237>

9. Nguyen T, Buxton JA. Pathways between COVID-19 public health responses and increasing overdose risks: a rapid review and conceptual framework. *Int J Drug Policy*. 2021;93:103236. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103236>
10. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Alerte du RCCET : Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-CCENDU-19-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-fr.pdf>
11. Hyshka E, Dong K, Meador K, Speed K, Abele B, LeBlanc S, et al. Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19. Guide pratique national version 2 [Internet]. Edmonton (Alberta) : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances; 2022. En ligne à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2023/01/Soutenir-les-personnes-utilisatrices-de-substances-dans-les-centres-daccueil-V2-15-11-2022.pdf>
12. Salvalaggio G, Hyshka E, Brown C, Pinto AD, Halas G, Green L, et al. A comparison of the COVID-19 response for urban underserved patients experiencing healthcare transitions in three Canadian cities. *Can J Public Health*. 2022;113(6):846-866. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00651-7>
13. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la capacité des services de traitement de l'usage de substances au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-12/CCSA-COVID-19-Impacts-Pandemic-Substance-Use-Treatment-Capacity-Canada-2020-fr.pdf>
14. Weicker SA, Speed KA, Hyshka E, Mrochuk M, Kosteniuk B, Dong K. Emergency department care for patients who use opioids during the COVID-19 pandemic. *CJEM*. 2022;24(2):123-125. <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00229-1>
15. Grunvald W, Herrington R, King R, Lamberson M, Mackey S, Maruti S, et al. COVID-19: a new barrier to treatment for opioid use disorder in the emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021;2(2):e12403. <https://doi.org/10.1002/emp2.12403>
16. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2017;14(5):161-183. <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
17. Bonn M, Palayew A, Bartlett S, Brothers TD, Touesnard N, Tyndall M. Addressing the syndemic of HIV, hepatitis C, overdose, and COVID-19 among people who use drugs: the potential roles for decriminalization and safe supply. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(5):556-560. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.556>
18. Institut canadien d'information sur la santé. Incidence de la COVID-19 sur les services d'urgence [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://www.cih.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/visites-a-lurgence>
19. Lee DD, Jung H, Lou W, Rauchwerger D, Chartier LB, Masood S, et al. The impact of COVID-19 on a large, Canadian community emergency department. *West J Emerg Med*. 2021;22(3):572-579. <https://doi.org/10.5811/westjem.2021.1.50123>
20. Herring AA, Kalmin M, Speener M, Goodman-Meza D, Snyder H, Campbell A, et al. Sharp decline in hospital and emergency department initiated buprenorphine for opioid use disorder during COVID-19 state of emergency in California. *J Subst Abuse Treat*. 2021;123:108260. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108260>
21. D'Onofrio G, Chawarski MC, O'Connor PG, Pantaloni MV, Busch SH, Owens PH, et al. Emergency department-initiated buprenorphine for opioid dependence with continuation in primary care: outcomes during and after intervention. *J Gen Intern Med*. 2017;32(6):660-666. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-3993-2>
22. Snyder H, Kalmin M, Moulin A, Campbell A, Goodman-Meza D, Padwa H, et al. Rapid adoption of low-threshold buprenorphine treatment at California emergency departments participating in the CA Bridge Program. *Ann Emerg Med*. 2021;78(6):759-772. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.05.024>
23. McLane P, Scott K, Suleman Z, Yee K, Holroyd BR, Dong K, et al. Multi-site intervention to improve emergency department care for patients who live with opioid use disorder: a quantitative evaluation. *CJEM*. 2020;22(6):784-792. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.438>
24. Koh JJ, Klaiman M, Miles I, Cook J, Kumar T, Sheikh H, et al. CAEP position statement: emergency department management of people with opioid use disorder. *CJEM*. 2020;22(6):768-771. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.459>
25. Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol*. 2017;46(1):348-355. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw098>
26. Alberta Health Services. About AHS [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2022 [consultation le 28 novembre 2023]. En ligne à : <https://www.albertahealthservices.ca/about/about.aspx>
27. Alberta Health Services. AHS in my zone [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2023 [consultation le 28 novembre 2023]. En ligne à : <https://www.albertahealthservices.ca/zones/zones.aspx>
28. Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [consultation le 4 janvier 2023]. En ligne à : <https://www.cih.ca/fr/metadonnees-du-systeme-national-dinformation-sur-les-soins-ambulatoires-snisa>

29. Government of Alberta. Welcome to the Interactive Health Data Application [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; [consultation le 5 juillet 2022]. En ligne à : http://www.ahw.gov.ab.ca/IHDA_Retrieval/
30. Soares WE, Melnick ER, Nath B, D'Onofrio G, Paek H, Skains RM, et al. Emergency department visits for nonfatal opioid overdose during the COVID-19 pandemic across 6 US health care systems. *Ann Emerg Med.* 2022;79(2):158-167. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.03.013>
31. Government of Alberta. COVID-19 info for Albertans [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 avril 2022]. En ligne à : <https://www.alberta.ca/coronavirus-info-for-albertans>
32. Government of Alberta. COVID-19 vaccine [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 avril 2022]. En ligne à : <https://www.alberta.ca/coronavirus-info-for-albertans#vaccine>
33. Alberta Health Services. AHS facilities: temporary service disruptions & ICU updates [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 avril 2022]. En ligne à : <https://www.albertahealthservices.ca/br/page17593.aspx>
34. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2018;38(6):255-266. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02f>
35. Jalal H, Burke DS. Carfentanil and the rise and fall of overdose deaths in the United States. *Addiction.* 2021; 116(6):1593-1599. <https://doi.org/10.1111/add.15260>
36. Homeless Hub. Community profiles, Edmonton [Internet]. Toronto (Ont.) : Homeless Hub; [consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://www.homelesshub.ca/community-profile/edmonton>
37. Chacon C. City looking at different options to address increase in homelessness in Edmonton [Internet]. Edmonton (AB) : Global News; 6 avril 2022 [mise à jour le 7 avril 2022; consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://globalnews.ca/news/8741501/edmonton-homeless-camps-city-idea-housing/>
38. Homeless Hub. Community profiles, Calgary [Internet]. Toronto (Ont.) : Homeless Hub; [consultation le 4 juillet 2022]. En ligne à : <https://www.homelesshub.ca/community-profile/calgary>
39. Calgary Homeless Foundation. Calgary point-in-time homeless count report 2022 [Internet]. Calgary (AB) : Calgary Homeless Foundation; 2022. En ligne à : <https://www.calgaryhomeless.com/wp-content/uploads/2024/04/CHF-PiT-Count-Report2022.pdf>
40. Yamamoto A, Needleman J, Gelberg L, Kominski G, Shoptaw S, Tsugawa Y. Association between homelessness and opioid overdose and opioid-related hospital admissions/emergency department visits. *Soc Sci Med.* 2019; 242:112585. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112585>
41. Milaney K, Passi J, Zaretsky L, Liu T, O'Gorman CM, Hill L, et al. Drug use, homelessness and health: responding to the opioid overdose crisis with housing and harm reduction services. *Harm Reduct J.* 2021;18(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00539-8>
42. Liu M, Richard L, Campitelli MA, Nisenbaum R, Dosani N, Dhalla IA, et al. Drug overdoses during the COVID-19 pandemic among recently homeless individuals. *Addiction.* 2022; 117(6):1692-1701. <https://doi.org/10.1111/add.15823>
43. Ng-Kamstra J, Stelfox HT, Fiest K, Conly J, Leigh JP. Perspectives on personal protective equipment in acute care facilities during the COVID-19 pandemic. *CMAJ.* 2020;192(28):E805-809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200575>
44. Maunder RG, Heeney ND, Strudwick G, Shin HD, O'Neill B, Young N, et al.; Ontario COVID-19 Science Advisory Table and Mental Health Working Group. Burnout in hospital-based healthcare workers during COVID-19. *Science Table COVID-19 Advisory for Ontario;* 2021;2(46). <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.46.1.0>
45. Nicholls SG, Langan SM, Benchimol EI. Routinely collected data: the importance of high-quality diagnostic coding to research. *CMAJ.* 2017;189(33):E1054-1055. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170807>
46. Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2023 [consultation le 4 août 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>

Synthèse des données probantes

Sites de consommation supervisée et mortalité par surdose à l'échelle de la population : revue systématique des données récentes, 2016-2024

Geneviève Gariépy, Ph. D. (1,2); Rebecca K. M. Prowse, M.S.P. (1); Rebecca Plouffe, M.S.P. (1); Eva Graham, Ph. D. (1,3)

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

[Synthèse des données probantes](#) par Gariépy G et al. dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)

Résumé

Introduction. La crise des surdoses est l'un des problèmes de santé publique les plus graves en Amérique du Nord. Les sites de consommation supervisée permettent de prévenir efficacement les décès par surdose sur place et de diriger les personnes vers des services de santé, mais leur association avec la mortalité par surdose à l'échelle de la population demeure floue.

Méthodologie. Nous avons recherché dans les bases de données Embase, Global Health et MEDLINE des études portant sur les associations entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose à l'échelle de la population pendant la crise des surdoses, pour la période de janvier 2016 à novembre 2024. Deux évaluatrices travaillant de façon indépendante ont effectué la présélection des études, l'extraction des données et l'évaluation de la qualité des études à l'aide d'outils standardisés (n° d'enregistrement PROSPERO CRD42023406080).

Résultats. Six études, toutes réalisées au Canada, ont répondu aux critères d'inclusion. Dans les quatre études quasi-expérimentales, deux analyses à grande échelle des circonscriptions sanitaires ou des bureaux de santé publique n'ont révélé aucune association significative entre les mesures des sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose au sein des provinces. Certaines analyses portant sur des zones urbaines réduites ont montré des associations avec des effets protecteurs, mais cette conclusion n'était pas valable pour toutes les études. Des associations entre les sites de consommation supervisée et des taux de mortalité plus faibles ont été constatées dans deux études observationnelles, qui présentaient toutefois des limites méthodologiques.

Conclusion. Les analyses à l'échelle provinciale n'ont pas permis de déceler globalement d'associations significatives entre, d'une part, les zones comportant des sites de consommation supervisée et celles n'en comportant pas et, d'autre part, la mortalité par surdose à l'échelle de la population. D'après les analyses, les sites de consommation supervisée localisés dans certaines zones urbaines de taille réduite ont pu être associés à une mortalité par surdose moindre, mais ces constatations ne sont pas uniformes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre comment l'échelle spatiale, le contexte de mise en œuvre et la couverture limitée des services peuvent influencer la détection et l'ampleur des effets potentiels des sites de consommation supervisée sur la mortalité par surdose.

Mots-clés : *site de consommation supervisée, réduction des méfaits, mortalité par surdose, épidémie de surdoses, opioïdes, personnes qui consomment des drogues*



Points saillants

- Dans cette revue systématique, nous avons analysé les résultats de six études et observé des associations variables entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose à l'échelle de la population.
- De façon générale, les analyses à grande échelle des résultats de chaque province n'ont révélé aucune association significative entre les sites de consommation supervisée et les décès par surdose.
- Certaines études à l'échelle de zones géographiques plus réduites révèlent que les sites de consommation supervisée ont été associés à une diminution du nombre de décès par surdose dans certaines zones urbaines, mais ce constat ne se retrouve pas dans toutes les études.
- La conception de l'étude, l'échelle spatiale et le contexte local de mise en œuvre peuvent influencer les résultats observés.

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
3. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Geneviève Gariépy, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-952-7608; courriel : genevieve.gariepy@phac-aspc.gc.ca

Introduction

La crise des surdoses est l'une des crises de santé publique les plus graves tant à l'échelle mondiale qu'en Amérique du Nord. L'aggravation de la crise en 2016 a conduit à ce qu'une urgence de santé publique soit déclarée en Colombie-Britannique, en Virginie et dans d'autres régions d'Amérique du Nord^{1,2}. Entre janvier 2016 et mars 2024, on a recensé au Canada 47 162 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, et le taux annuel de décès par surdose d'opioïdes pour 100 000 habitants s'est élevé à 21,5 en 2023³. Aux États-Unis, 107 941 décès par surdose d'opioïdes ont été enregistrés pour la seule année 2022, soit un taux annuel de 32,4 pour 100 000 habitants⁴. La pandémie de COVID-19 semble avoir exacerbé la crise, étant donné que les décès quotidiens apparemment liés à une intoxication aux opioïdes au Canada ont doublé, passant de 10 en 2019 à 20 en 2022³.

Les sites de consommation supervisée constituent l'une des principales interventions de santé publique à l'égard de cette crise^{5,6}. Ils offrent des espaces sûrs, accessibles et propres pour la consommation de drogues. Ces installations sont dotées d'un personnel formé qui offre des services et des ressources de réduction des méfaits, comme des pratiques d'injection sûres et des services de vérification des drogues, et qui peut intervenir en cas de surdose⁷. Ils mettent également les personnes en contact avec des services de santé et des services sociaux tels que le traitement de la toxicomanie et l'aide au logement⁷. Ces sites peuvent différer quant aux modes de consommation qu'ils supervisent (c'est-à-dire par injection, par inhalation, par voie intranasale ou orale) et certains se spécialisent dans des formes spécifiques de consommation, notamment les centres d'injection supervisés. En date de 2022, 16 pays disposaient de sites de consommation supervisée opérationnels⁵.

Les recherches portant sur les résultats à l'échelle individuelle révèlent que les personnes qui utilisent les services des sites de consommation supervisée bénéficient de multiples avantages. Entre 2017 et 2024, les sites de consommation supervisée auxquels le gouvernement fédéral au Canada a accordé une exemption ont répondu à plus de 60 000 événements de surdose et aucun décès n'a été signalé sur les lieux⁸. Des recherches ont également fait état de retombées sociales, notamment

l'amélioration de l'accès au logement, aux services juridiques et aux soins de santé, ainsi que l'amélioration du sentiment d'appartenance à la communauté et de la sécurité chez les personnes qui consomment des drogues⁸⁻¹³. Des études ont également signalé des taux plus faibles d'utilisation des services d'urgence, ainsi qu'une diminution du nombre de surdoses non mortelles, de la mortalité toutes causes confondues et des complications liées à l'injection comme les infections et les abcès¹²⁻¹⁶.

Bien que les avantages des sites de consommation supervisée à l'échelle individuelle soient bien documentés, leur association à la mortalité par surdose à l'échelle de la population est moins claire. Les évaluations tirées des années 2000 révèlent des résultats mitigés. Après son ouverture en 2003, le centre Insite de Vancouver, premier site de consommation supervisée autorisé en Amérique du Nord, a été associé à des réductions significatives de la mortalité par surdose locale¹⁷. En revanche, l'analyse réalisée au centre d'injection supervisée de Sydney, le premier site australien, n'a révélé aucun changement dans la mortalité par surdose locale après son ouverture en 2001¹⁸. Il convient de noter que ces études ont été menées dans un contexte de santé publique nettement différent, avant l'augmentation spectaculaire des décès par surdose qui s'est amorcée en 2016.

Les revues de la littérature ultérieures n'ont pas porté spécifiquement sur la mortalité par surdose à l'échelle de la population, et la plupart des synthèses se sont principalement appuyées sur les deux premières études menées à Vancouver et à Sydney^{12-14,19-22}. La revue systématique la plus récente, qui repose sur la littérature publiée jusqu'en 2019, a porté exclusivement sur l'utilisation de drogues injectables¹³. Depuis, la crise des surdoses a considérablement évolué, façonnée par la pandémie de COVID-19, par l'augmentation des quantités de fentanyl et de ses analogues dans l'approvisionnement en drogues, ainsi que par d'autres facteurs²³.

Compte tenu de l'évolution de ces conditions et des nouvelles recherches portant sur les associations potentielles entre les sites de consommation supervisée et les taux de mortalité, une revue systématique actualisée était nécessaire. Cette étude vise ainsi à synthétiser les données empiriques

de 2016 à 2024 afin d'aider à orienter les interventions en santé publique face à la crise des surdoses dans le contexte actuel.

Méthodologie

Enregistrement de la revue systématique

Notre revue systématique respecte les lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 2020²⁴ et a été enregistrée dans PROSPERO (n° CRD42023406080).

Sources d'information et stratégie de recherche

Nous avons élaboré une stratégie de recherche exhaustive pour recenser les articles dans les bases de données Embase, Global Health et MEDLINE publiés entre janvier 2016 et novembre 2024. Les termes de recherche ont porté sur deux concepts principaux : la mortalité par surdose et les sites de consommation supervisée. Nous avons limité notre recherche aux publications en anglais et en français à partir de 2016, afin de tenir compte de la littérature publiée pendant la recrudescence des décès en raison des surdoses d'opioïdes en Amérique du Nord ainsi que des changements dans les caractéristiques de l'approvisionnement en drogues^{25,26}. Les recherches ont été effectuées le 20 novembre 2024. Les stratégies de recherche ont été élaborées de concert avec une bibliothécaire. Elles sont présentées en détail dans des documents complémentaires (fichier supplémentaire 1, fourni par les auteurs sur demande).

Critères d'admissibilité

Nous avons pris en compte les études quantitatives empiriques (c'est-à-dire les études observationnelles, quasi-expérimentales ou expérimentales), publiées entre le 1^{er} janvier 2016 et le 11 novembre 2024 et qui mentionnaient une association entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose à l'échelle de la population. Plus précisément, nous avons retenu les études portant sur la présence ou l'accessibilité de ces sites, définis comme des lieux désignés où l'on assure une surveillance sur place de la consommation de substances et où l'on peut intervenir rapidement en cas de surdose. Nous avons inclus les sites temporaires, tels que les sites de prévention des surdoses et les sites répondant à des besoins urgents en matière de santé publique, qui

ont la même fonction de réduction des risques que les sites de consommation supervisée mais sont établis sur une base temporaire en réponse à des besoins urgents dans une région ou une collectivité particulière. Nous avons également retenu les sites qui se limitent à un seul mode de consommation. Nous avons exclu les études descriptives, les études de modélisation mathématique et les études portant uniquement sur la mise en œuvre des sites de consommation supervisée.

Nous avons inclus les études portant sur les décès liés aux opioïdes ou sur les décès par surdose non précisés, car des données de 2023 révèlent que la plupart des décès par surdose mettant en cause d'autres substances impliquent également des opioïdes²⁷. Par exemple, 81 % des décès accidentels par intoxication apparente aux stimulants au Canada mettent également en cause des opioïdes²⁷. Étant donné que les sites de consommation supervisée ne documentent pas nécessairement les substances utilisées, le fait de cibler uniquement les opioïdes aurait également limité les données probantes portant sur ces sites. Au Canada, 69 % des drogues consommées dans les sites de consommation supervisée entre mars 2020 et août 2024 étaient des opioïdes⁸.

Enfin, les études portant sur certains sous-groupes de population (par exemple, les personnes en situation d'itinérance) ont été exclues, car notre objectif était d'étudier les effets possibles des sites de consommation supervisée sur l'ensemble des personnes qui consomment des drogues. Les recherches qualitatives, les revues, les éditoriaux, les articles d'opinion, les protocoles, les rapports de cas, les études de cas, les commentaires et les livres ont également été exclus.

Sélection des études et extraction des données

Après avoir importé les références dans Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australie) et supprimé les doublons, deux évaluatrices (GG, RKP ou RP) ont évalué les articles chacune de leur côté en fonction des critères d'admissibilité, d'abord à partir des titres et des résumés, puis en effectuant des recherches dans le texte intégral. Les divergences ont été résolues par discussion. La même paire d'évaluatrices a extrait de façon indépendante les données des études incluses, c'est-à-dire la conception de

l'étude, le contexte, la période à l'étude, la mesure relative au résultat en matière de mortalité, la mesure relative au site de consommation supervisée, l'unité géographique d'analyse et les mesures d'association (par exemple, les décès évités, la corrélation, le coefficient de régression). Les divergences relatives à l'extraction des données ont été résolues par discussion.

Évaluation de la qualité

Nous avons évalué la qualité des études à l'aide des outils d'évaluation critique du JBI (JBI, Adelaide, Australie)²⁸ en fonction du modèle expérimental utilisé. Les outils du JBI évaluent le risque de biais pour les études observationnelles, quasi-expérimentales et expérimentales²⁸. Deux évaluatrices (GG, RKP ou RP) ont travaillé de façon indépendante pour évaluer le risque de biais, avec résolution des divergences par discussion. Les formulaires d'évaluation de la qualité figurent dans le fichier supplémentaire 2 (fourni par les auteures sur demande).

Méthodes de synthèse

Nous présentons les résultats descriptifs et les résultats des études dans des tableaux récapitulatifs et nous avons résumé les résultats dans une synthèse narrative en fonction de la conception de l'étude. Nous avons également pris en compte les études dont les données ont été recueillies pendant la pandémie de COVID-19 afin d'explorer les effets possibles de celle-ci sur les résultats en matière de mortalité par surdose. Étant donné que la conception des études, l'exposition et les mesures des résultats variaient considérablement, nous n'avons pas réalisé de méta-analyse ni de méta-régression.

Résultats

Sélection et caractéristiques des études

Nous avons inclus 6 études empiriques sur les 478 références uniques identifiées au départ. Sur les 44 études sélectionnées pour analyse complète du texte, 38 ont été exclues : 15 n'incluaient pas le résultat d'intérêt, 19 étaient de conception inadéquate, 3 n'incluaient pas l'intervention visée et 1 avait fait l'objet d'une rétractation (figure 1).

Caractéristiques globales

Sur les six études retenues, quatre étaient quasi-expérimentales²⁹⁻³² et deux étaient

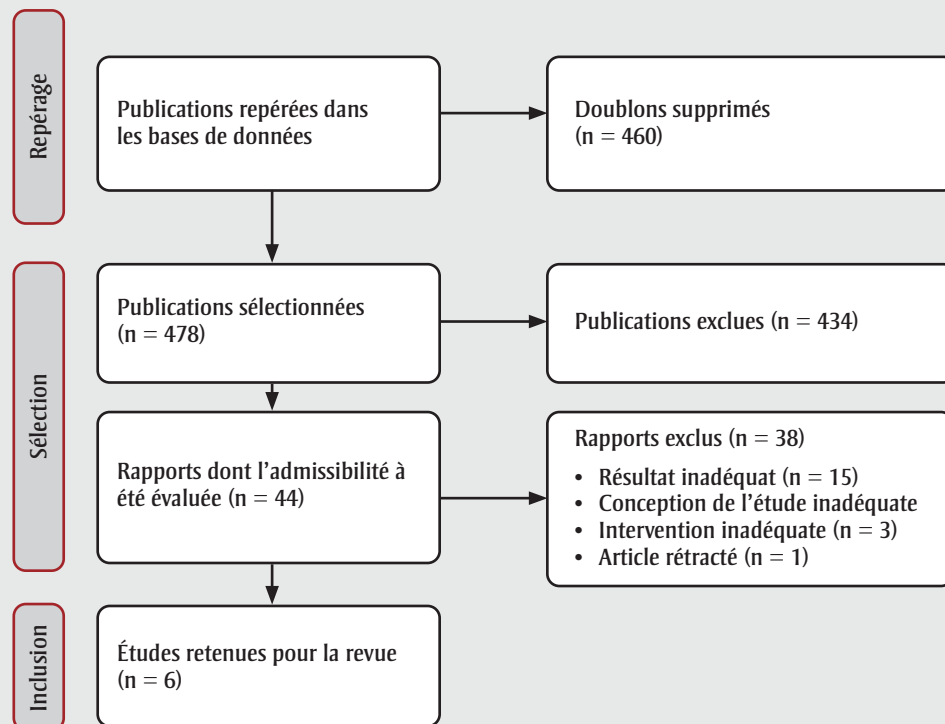
observationnelles^{33,34}. Toutes les études ont été menées au Canada. Quatre études portaient expressément sur les décès par surdose d'opioïdes²⁹⁻³², une sur les décès par surdose de fentanyl³³ et une sur les décès par surdose toutes substances confondues³⁴. Les sites de consommation supervisée étaient opérationnalisés comme suit : mise en œuvre des sites de consommation supervisée dans quatre études^{29,31,32,34}, nombre total de visites aux sites de consommation supervisée dans une étude³³ et nombre d'heures d'ouverture pour 100 000 habitants dans une autre étude³⁰. Trois études incluaient des données recueillies pendant la pandémie de COVID-19 (après mars 2020)^{30,32,33}.

Données probantes tirées d'études quasi-expérimentales

Les quatre études quasi-expérimentales utilisaient des analyses de séries chronologiques interrompues²⁹⁻³². Deux études utilisaient des modèles contrôlés avec groupe de référence apparié²⁹ ou groupe témoin synthétique³⁰ pour distinguer les effets des sites de consommation supervisée des variations générales observées dans la mortalité par surdose tandis que deux études analysaient les variations observées après la mise en œuvre des sites de consommation supervisée sans groupes témoins^{31,32}. Comme les décès liés aux opioïdes ont augmenté dans l'ensemble du Canada au cours des périodes à l'étude, les analyses non contrôlées sous-estiment probablement toute association des sites de consommation supervisée à des facteurs de protection, car elles ne tiennent pas compte des tendances à la hausse de la mortalité. Les études ont révélé des tendances variables d'une administration à l'autre, les analyses contrôlées à l'échelle provinciale ne révélant généralement pas d'associations significatives, tandis que les analyses spécifiques à certaines zones ont montré des taux de mortalité par surdose plus faibles dans certaines zones urbaines (tableau 1).

Deux études menées en Ontario ont utilisé des approches différentes pour analyser les données des unités de santé publique entre 2014 et 2021^{30,32}. L'analyse faisant appel à des témoins synthétiques n'a trouvé aucune association significative entre le nombre d'heures d'ouverture des sites de consommation supervisée et la mortalité liée aux opioïdes ($\beta = 0,000$; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,000 à 0,000), bien que des effets protecteurs

FIGURE 1
Diagramme de flux PRISMA 2020²⁴ du processus de revue



Abbréviations : PRISMA, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (éléments de rapport privilégiés pour les revues systématiques et les méta-analyses).

aient été observés localement dans les unités de santé publique de London ($\beta = -0,004$; IC à 95 % : $-0,006$ à $-0,002$) et de Thunder Bay ($\beta = -0,004$; IC à 95 % : $-0,007$ à $-0,0002$)³⁰. L'autre étude, utilisant une approche non contrôlée, a révélé que, dans les unités de santé publique où au moins un site de consommation supervisée a été mis en œuvre, les taux de mortalité liés aux opioïdes sont demeurés stables ($+0,02$ décès pour 100 000 personnes par mois; $p = 0,27$), tandis que dans les unités de santé publique sans site de consommation supervisée, les taux ont augmenté ($+0,38$ décès pour 100 000 personnes par mois; $p < 0,001$), bien que cette différence dans les trajectoires n'ait pas été soumise à une analyse statistique directe³².

Une analyse non contrôlée en Alberta a porté sur l'évolution des décès liés aux opioïdes enregistrés entre 2013 et 2019 dans quatre municipalités après la mise en œuvre des sites de consommation supervisée³¹. Edmonton a connu la variation la plus importante, avec six décès de

moins par mois ($-5,9$; IC à 95 % : $-8,9$ à $-2,9$), suivie de Calgary avec deux décès de moins par mois ($-1,7$; IC à 95 % : $-4,5$ à $0,9$), même si l'intervalle de confiance indique une certaine incertitude³¹. Les résultats de Red Deer ($-0,1$ décès par mois; IC à 95 % : $-0,5$ à $0,3$) et de Lethbridge ($0,0$ décès par mois; IC à 95 % : $-0,4$ à $0,7$) n'ont révélé aucune variation³¹. Ces taux en baisse ou stables dans les régions comportant un site de consommation supervisée ont été observés au cours d'une période où les décès liés aux opioïdes connaissaient une hausse dans l'ensemble de l'Alberta³¹.

En Colombie-Britannique, une analyse contrôlée des circonscriptions sanitaires où des sites de consommation supervisée ont été ouverts entre 2015 et 2017 n'a révélé aucune différence dans les taux de mortalité mensuels liés aux opioïdes par rapport aux témoins appariés par score de propension pour l'ensemble de la province ($\beta = -0,08$; IC à 95 % : $-0,23$ à $0,09$)²⁹. L'étude excluait le quartier Est du centre-ville (Downtown Eastside) de Vancouver,

où se trouve le centre Insite et où les décès par surdose sont les plus élevés, parce qu'il n'a pas été possible de trouver un groupe témoin approprié pour l'appariement²⁹.

L'évaluation de la qualité a révélé un faible risque de biais pour les deux études avec groupes témoins^{29,30} et un risque accru de biais pour les deux études sans groupes témoins^{31,32} (fichier supplémentaire 2, fourni par les auteures sur demande).

Données probantes issues d'études observationnelles

Les deux études observationnelles ont utilisé des plans d'étude écologique pour analyser les associations entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose, l'une à l'échelle de la province³³ et l'autre à l'échelle du quartier³⁴ (tableau 1). En Alberta, l'analyse à l'échelle de la province a révélé que des visites plus nombreuses dans les sept sites de consommation supervisée provinciaux ont été corrélées à un nombre moins élevé de

TABEAU 1
Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique (n = 6)

Auteur(s), année	Contexte	Période	Résultat en matière de mortalité	Mesure relative aux SCS	Groupe témoin	Unité géographique d'analyse	Mesure quantitative de l'association avec la mortalité
Études quasi-expérimentales							
Panagiotoglou, 2022 ²⁹	Colombie- Britannique, Canada	3 ans; 2015-2017	Décès liés aux opioïdes	Circonscriptions sanitaires comptant au moins 1 SCS/SPS	Circonscriptions sanitaires n'ayant pas de SCS	Circonscription sanitaire	Changement dans les tendances en matière de décès/100 000/mois : −0,08; IC à 95 % : −0,23 à 0,09; $p = 0,36$
Panagiotoglou et Lim, 2022 ³⁰	Ontario, Canada	7 ans; 2014-2021	Décès liés aux opioïdes	Heures d'ouverture des SCS/SPS pour 100 000 habitants	Témoins synthétiques n'ayant pas de SCS	USP	$\beta = 0,000$; IC à 95 % : 0,000 à 0,000; $p = 0,25$
Yeung et al., 2023 ³¹	Calgary, Edmonton, Red Deer et Lethbridge, Alberta, Canada	5,5 ans; 2013-2019	Décès liés aux opioïdes	Mise en œuvre des SCS/SPS	Aucun	Zone locale définie par le service SCS	Calgary : −1,7 décès/mois; IC à 95 % : −4,5 à 0,9; $p = 0,09$ Edmonton : −5,9 décès/mois; IC à 95 % : −8,9 à −2,9; $p < 0,001$ Lethbridge : 0,0 décès/mois; IC à 95 % : −0,4 à 0,7; $p = 0,60$ Red Deer, Alberta : −0,1 décès/mois; IC à 95 % : −0,5 à 0,3; $p = 0,09$
Robinson et al., 2024 ³²	Ontario, Canada	8 ans; 2014-2021	Décès liés aux opioïdes	Mise en œuvre des SCS	Aucun	USP	USP avec SCS : +0,02 décès/100 000/mois; $p = 0,27$ USP avec SCS : +0,38 décès/100 000/mois; $p < 0,001$
Études observationnelles							
Marshall et al., 2021 ³³	Alberta, Canada	4 ans; 2017-2020	Décès liés au fentanyl	Nombre total de visites dans les 7 SCS/SPS provinciaux	Aucun	Province	$r = -0,64$; $p = 0,03$
Rammohan et al., 2024 ³⁴	Toronto, Ontario, Canada	2 ans; 2017 (1 ^{er} mai au 31 juillet) comparative- ment à 2019 (1 ^{er} mai au 31 juillet)	Décès par surdose	Mise en œuvre des SCS/SPS	Aucun	Quartiers situés à moins et à plus de 500 m d'un SCS	Quartiers situés à moins de 500 m d'un SCS : réduction de 67 % du nombre de décès/100 000; $p = 0,04$ Quartiers situés à plus de 500 m d'un SCS : réduction de 24 % du nombre de décès/100 000; $p = 0,38$

Abréviations : IC, intervalle de confiance; SCS, site de consommation supervisée; SPS, site de prévention des surdoses; USP, unité de santé publique.

décès par surdose de fentanyl entre 2017 et 2020 ($r = -0,64$; $p = 0,03$)³³. L'étude menée à Toronto (Ontario) a comparé les taux de mortalité par surdose à différentes distances des sites en 2017 et en 2019, c'est-à-dire avant et après la mise en œuvre des sites de consommation supervisée³⁴. Dans les quartiers situés à moins de 500 mètres d'un site de consommation supervisée, on a comptabilisé 67 % de décès par surdose de moins pour

100 000 personnes ($p = 0,04$) après la mise en œuvre de ces sites. Les zones situées à plus de 500 mètres d'un site de consommation supervisée ont enregistré 24 % de décès en moins, mais cette différence ne s'est pas révélée statistiquement significative ($p = 0,38$)³⁴. L'évaluation de la qualité a révélé que ces deux études de type écologique présentaient un risque élevé de biais, principalement en raison de l'absence de prise en compte des facteurs de

confusion (fichier supplémentaire 3, fourni par les auteures sur demande).

Données probantes issues de la pandémie de COVID-19

Trois études incluaient des données antérieures à la pandémie tout en fournissant un aperçu limité des effets spécifiques à la pandémie^{30,32,33}. Dans le cadre d'une analyse quasi expérimentale des heures d'ouverture

des sites de consommation supervisée de l'Ontario, des analyses de sensibilité excluant les données relatives à la pandémie ont été réalisées et ont révélé des répercussions non significatives similaires sur la mortalité liée aux opioïdes³⁰. Une étude de conception écologique menée en Alberta a fait état d'une diminution de 64 % du nombre de visites aux sites de consommation supervisée et d'une augmentation de 118 % des décès par surdose liés au fentanyl au cours des premiers mois de la pandémie, mais aucune analyse statistique de ces tendances n'a été effectuée³³. Dans l'autre étude quasi expérimentale réalisée en Ontario, on a constaté que des changements se sont opérés dans les services liés à la pandémie, mais leurs répercussions n'ont pas été évaluées³². Dans l'ensemble, l'influence de la pandémie sur les activités des sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose à l'échelle de la population demeurent largement inexplorées.

Analyse

Cette revue systématique a permis de faire la synthèse des données probantes issues de six études empiriques portant sur les associations entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose à l'échelle de la population entre 2016 et 2024. Toutes les études ont été réalisées au Canada. Parmi les quatre études quasi-expérimentales, deux analyses provinciales des sites de consommation supervisée dans des circonscriptions sanitaires ou des unités de santé publique n'ont révélé aucune association significative. Les analyses portant sur des zones spécifiques ont donné des résultats mitigés, des taux de mortalité plus faibles étant associés aux sites de consommation supervisée dans certaines zones locales mais pas dans d'autres. Les deux études observationnelles ont fait état d'associations protectrices, mais ces études présentaient des limites méthodologiques. L'ensemble de ces études révèle des nuances importantes dans la compréhension des associations entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose dans différents contextes, les facteurs méthodologiques influençant leur interprétation.

L'échelle spatiale est apparue comme un enjeu méthodologique essentiel. Les études portant sur de petites unités spatiales (comme les quartiers^{31,34}) étaient plus susceptibles de détecter des associations liées à la mortalité que les analyses portant sur

des régions administratives plus vastes. Cette tendance pourrait relever à la fois de la nature localisée des services offerts par les sites de consommation supervisée et de facteurs de mise en œuvre. Deux études ontariennes^{30,32}, par exemple, ont porté sur les sites de consommation supervisée situés dans des unités de santé publique dont la taille variait entre 630 km² et 266 291 km²³⁵. L'étude d'une superficie aussi vaste est susceptible de masquer les effets localisés des sites. Cela concorde avec les constatations des articles concernant Toronto³⁴ et Vancouver¹⁷ indiquant que les sites de consommation supervisée ont été associés à des taux de mortalité par surdose plus faibles dans un rayon de 500 mètres autour des sites mais pas au-delà.

La conception de l'étude et l'utilisation de groupes témoins appropriés jouent un rôle crucial dans l'interprétation des résultats. Les analyses quasi-expérimentales contrôlées ont fourni les preuves les plus solides, en tenant compte des tendances temporelles générales relatives à la mortalité par surdose. Dans cette revue, les deux analyses contrôlées n'ont révélé aucune association significative à l'échelle provinciale entre les sites de consommation supervisée dans les circonscriptions sanitaires ou les unités de santé publique et la mortalité par surdose. L'interprétation des analyses non contrôlées nécessite une évaluation attentive du contexte. Dans une période où le nombre de décès par surdose augmentait dans tout le Canada, des taux stables, voire en augmentation, dans les régions dotées de sites de consommation supervisée pourraient laisser entendre qu'il y aurait des avantages possibles et que les taux auraient sans doute augmenté encore plus rapidement en l'absence de ces services. Toutefois, des analyses contrôlées comparant des scénarios hypothétiques appropriés sont nécessaires pour vérifier cette hypothèse.

Les contextes de mise en œuvre peuvent également avoir eu une influence sur les résultats. Les sites analysés correspondaient à des programmes de sites de consommation supervisée urbains bien établis et bénéficiant d'un fort soutien de la collectivité ou bien à des sites plus récents situés dans des zones présentant des schémas de consommation de substances différents et des niveaux différents de services auxiliaires. L'emplacement et l'accessibilité des installations semblent être des facteurs clés. Par exemple, le site de

consommation supervisée d'Edmonton, situé en centre-ville et à proximité des transports en commun, a permis de réduire de manière significative le nombre de décès, tandis que le site de Calgary, moins central, a présenté des associations plus faibles, avec des estimations moins précises³¹. Ces différences liées à la localisation cadrent avec les résultats qualitatifs des études de faisabilité, dans lesquelles les intervenants recommandent systématiquement de mettre en place des sites de consommation supervisée dans des zones où les taux de consommation de drogues sont élevés, où les transports en commun sont facilement accessibles et à proximité d'établissements de santé³⁶.

Les effets potentiels sur la mortalité à l'échelle de la population sont susceptibles également d'être limités par la faible proportion de la consommation totale de drogues qui a lieu dans ces sites de consommation supervisée. Des données récentes de l'Ontario laissent entendre que les interventions de ces sites portent sur moins de 1 % des épisodes de consommation à risque dans la province³². Dans le quartier Est du centre-ville (Downtown Eastside) de Vancouver, où l'intégration des sites de consommation supervisée est la plus étendue au Canada, seulement 5 % des injections de drogue dans la collectivité étaient effectuées sous la supervision de ces sites au début des années 2000³⁷. Cette portée limitée significative étant donné que la plupart des décès par surdose surviennent lors d'une consommation en solitaire en milieu résidentiel, où les services des sites de consommation supervisée ne peuvent pas intervenir^{38,39}.

Des contraintes opérationnelles sont susceptibles de limiter aussi les retombées possibles des sites de consommation supervisée à l'échelle de la population. Parmi ces contraintes, citons les heures d'ouverture limitées, les restrictions de capacité des installations et le manque de services spécialisés comme l'inhalation supervisée^{38,40,41}. La rareté des services d'inhalation est particulièrement problématique, car fumer est devenu le mode de consommation prédominant au Canada et, de plus en plus, la principale méthode en cause dans les décès par surdose^{42,43}. Les obstacles en matière d'accès tels que la distance géographique, les problèmes de transport et la stigmatisation sont susceptibles de réduire encore davantage l'utilisation des sites de consommation

supervisée chez les personnes qui consomment des drogues^{11,44-48}.

Ces résultats doivent être interprétés dans le contexte plus large et évolutif de la santé publique. Le fait que le fentanyl et ses analogues soient une cause de plus en plus fréquente de décès par intoxication aux opioïdes²⁷ ainsi que l'utilisation croissante des benzodiazépines⁴⁹ et de la xylazine⁵⁰ ont modifié à la fois le contexte de risque pour les personnes qui consomment des drogues et les exigences opérationnelles imposées aux sites de consommation supervisée. Parallèlement, les interventions offertes ont été élargies de manière à inclure des approches émergentes comme les lignes d'appels téléphoniques et les applications d'intervention en cas de surdose, qui peuvent compléter les services offerts en établissement et permettre d'en élargir la portée et l'accessibilité^{51,52}. La pandémie de COVID-19 a rendu la situation encore plus complexe en raison de ses répercussions sur les activités des sites de consommation supervisée⁵³. L'association potentielle entre la pandémie et la mortalité par surdose à l'échelle de la population demeure largement inexplorée dans la base de données probantes dont on dispose.

Limites des études retenues

Les études évaluées présentent certaines limites. La plupart d'entre elles n'ont pas pu prendre pleinement en compte des interventions de santé publique parallèles comme les programmes de distribution de naloxone, ni les changements dans l'offre de drogues ou les changements dans l'accès aux services^{29,33,54-56}. L'absence de groupes témoins et de comparaisons de groupes dans certaines analyses a limité la possibilité de distinguer les changements associés aux sites de consommation supervisée des tendances sous-jacentes relatives à la mortalité par surdose. Alors que les périodes totales d'étude variaient entre 2 et 8 ans, les périodes dont il a été tenu compte après la mise en œuvre des sites de consommation supervisée étaient beaucoup plus courtes, ce qui a limité à la fois la puissance statistique et la capacité à évaluer les programmes opérationnels au-delà de leurs phases initiales de mise en œuvre. Par ailleurs, dans le cas des études menées pendant la pandémie de COVID-19, il a fallu composer avec des interruptions de service dans les sites de consommation supervisée.

Limites de la revue systématique

Bien que des sites de consommation supervisée soient présents dans au moins 16 pays⁵, toutes les études que nous avons évaluées ont été menées au Canada, ce qui limite les possibilités de généralisation. Le contexte canadien présente des caractéristiques spécifiques qui ne sont pas forcément présentes dans d'autres pays, notamment le processus fédéral d'exemption pour les sites de consommation supervisée, une couverture universelle des soins de santé et des politiques de réduction des méfaits^{38,53,57}. En outre, les taux de décès par surdose au Canada sont parmi les plus élevés au monde, comparables seulement à ceux des États-Unis, ce qui témoigne d'une crise particulièrement grave qui ne correspond pas nécessairement aux conditions observées ailleurs^{4,5,27}.

La plupart des sites de consommation supervisée étudiés se trouvaient dans des milieux urbains associés à des concentrations élevées de décès par surdose, ce qui fait que l'association avec les résultats en matière de mortalité pourrait différer dans les zones peu peuplées ou dans les régions où le nombre de décès par surdose est moins élevé^{51,58}.

Cette revue a porté uniquement sur la littérature évaluée par des pairs et n'a donc pas pris en compte les évaluations des programmes de sites de consommation supervisée et les rapports gouvernementaux relevant de la littérature grise. De plus, comme elle portait sur la mortalité par surdose à l'échelle de la population, elle n'a pas abordé d'autres avantages importants des sites de consommation supervisée, avantages qui peuvent cependant éclairer les décisions en matière de politiques.

Orientations futures

Plusieurs priorités de recherche devraient être envisagées. D'abord, des améliorations méthodologiques sont nécessaires pour combler les lacunes actuelles en matière de données probantes. Les études futures devraient privilégier les modèles quasi expérimentaux avec témoins appropriés afin de mieux distinguer, d'une part, l'évolution de la mortalité à l'échelle de la population associée aux sites de consommation supervisée et, d'autre part, les interventions parallèles, les changements sur les marchés de la drogue et l'évolution des tendances en matière de mortalité. La

réalisation de travaux de recherche portant sur de petites unités géographiques d'analyse tout en tenant compte des effets d'entraînement possibles entre les régions pourrait fournir des indications plus claires sur les résultats locaux.

La recherche sur l'optimisation de la prestation de services offre une autre orientation essentielle. Les études devraient analyser comment les différents modèles de sites de consommation supervisée sont liés aux résultats en matière de mortalité en milieu urbain, en banlieue et en milieu rural. Des recherches portant sur certaines caractéristiques opérationnelles précises pourraient éclairer davantage les approches en matière de services, notamment les modes de consommation permis, les interventions à l'égard de la consommation de substances multiples, l'intégration à d'autres services (comme les refuges) et les stratégies émergentes telles que les services mobiles et virtuels qui pourraient accroître la portée des services^{38,52,59}. Il demeure important de comprendre les obstacles en matière d'accès, car les préoccupations en matière de sécurité, la stigmatisation, la présence de la police, le fait que l'accès soit peu commode ainsi que d'autres facteurs sont susceptibles de dissuader les personnes d'utiliser les services, ce qui a des répercussions sur les résultats à l'échelle de la population^{11,44-48}.

Une vaste recherche évaluative pourrait contribuer à orienter les décisions sur les politiques fondées sur des données probantes. Des analyses coût-efficacité globales qui prennent en compte les avantages directs et indirects peuvent aider à saisir l'éventail complet des résultats associés aux sites de consommation supervisée^{54-56,60}. Des modèles de simulation incorporant diverses conditions réelles et des paramètres liés aux politiques permettraient d'explorer comment l'emplacement du site, la capacité du service ou les interventions complémentaires pourraient avoir des effets sur la mortalité à l'échelle de la population^{54-56,60-62}. Il est également essentiel que des travaux de recherche soient menés ailleurs qu'au Canada pour comprendre comment d'autres systèmes de soins de santé et d'autres contextes politiques sont associés aux résultats en matière de mortalité par surdose.

Conclusion

Cette revue systématique a révélé l'existence de preuves mitigées d'associations

entre les sites de consommation supervisée et les décès par surdose à l'échelle de la population. À l'échelle provinciale, des études quasi-expérimentales rigoureuses n'ont révélé aucune différence dans la mortalité par surdose entre les circonscriptions sanitaires ou les unités de santé publique qui comportaient des sites de consommation supervisée et celles qui n'en comportaient pas. Cependant, dans le cadre de leur analyse de zones urbaines spécifiques et à une échelle spatiale plus détaillée, certaines études – dont celles qui faisaient appel à des méthodes de grande qualité – ont recensé des taux de mortalité plus faibles dans les zones ou quartiers après mise en œuvre de sites de consommation supervisée. Alors que ces sites présentent des avantages bien documentés à l'échelle individuelle, leurs répercussions sur la mortalité globale à l'échelle de la population dépendent du contexte et sont moins claires.

Les sites de consommation supervisée sont une composante de l'approche globale de santé publique visant à réduire les méfaits liés aux substances⁵⁷. Leur efficacité peut être renforcée en les intégrant à d'autres interventions fondées sur des données probantes, telles que la fourniture de trousses de naloxone à emporter, les traitements par agonistes opioïdes et les services de vérification des drogues⁶³. Cette revue montre que des travaux de recherche suivis et rigoureux sont nécessaires pour comprendre le rôle potentiel que peuvent jouer les sites de consommation supervisée dans la lutte contre la crise des surdoses.

Remerciements

Nous tenons à remercier Shannon Hayes, des bibliothèques de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a contribué à l'élaboration des stratégies de recherche. Nous remercions également nos collègues de la Direction des substances contrôlées et de la réponse aux surdoses de Santé Canada pour leurs relectures et leurs conseils.

Financement

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

Conflits d'intérêts

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contributions des auteures et avis

GG : conception, organisation des données, analyse formelle, enquête, méthodologie, administration du projet, supervision, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

RKP : organisation des données, analyse formelle, enquête, méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

RP : conceptualisation, analyse formelle, enquête, administration du projet, supervision, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

EG : conception, enquête, administration du projet, relectures et révisions.

Toutes les auteures ont lu et approuvé la version finale.

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

Références

1. BC Gov News. Provincial health officer declares public health emergency [Internet]. Victoria (BC) : Ministry of Health; 2016 [consultation le 14 septembre 2023]. En ligne à : <https://news.gov.bc.ca/releases/2016HLTH0026-000568>
2. Dedon L. Using emergency declaration to address the opioid epidemic [Internet]. Washington (DC) : National Governors Association; 2018 [consultation le 29 août 2023]. En ligne à : <https://www.nga.org/publications/using-emergency-declarations-to-address-the-opioid-epidemic/>
3. Santé Canada. Graphiques : Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [mise à jour le 7 mars 2025; consultation le 27 mai 2025]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>

4. Centers for Disease Control and Prevention. Drug overdose deaths in the United States, 2002–2022 [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 2024. En ligne à : <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db491.pdf>
5. Gideon Lasco G, Kimemia W, Dovbakh AG, Plotko M, Ahumada C, Di Iorio J et al. The global state of harm reduction 2022 [Internet]. London (UK) : Harm Reduction International; 2022. En ligne à : <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm-reduction-2022/>
6. Santé Canada. Mesures fédérales sur la crise des surdoses [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2024 [consultation le 9 janvier 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federales/apercu.html>
7. Santé Canada. Explication des sites et des services de consommation supervisée [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [modifié le 9 février 2024; consultation le 9 janvier 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/precisions.html>
8. Santé Canada. Sites de consommation supervisée : tableau de bord [Internet]. Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada; 2024 [consultation le 9 janvier 2025]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/services-consommation-supervisee/>
9. Foreman-Mackey A, Bayoumi AM, Miskovic M, Kolla G, Strike C. 'It's our safe sanctuary': experiences of using an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Ontario. *Int J Drug Policy*. 2019;73:135-140. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.019>
10. Greene C, Maier K, Urbanik MM. "It's just not the same": exploring PWUD' perceptions of and experiences with drug policy and SCS services change in a Canadian city. *Int J Drug Policy*. 2023;111:103934. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103934>

11. Ivsins A, Warnock A, Small W, Strike C, Kerr T, Bardwell G. A scoping review of qualitative research on barriers and facilitators to the use of supervised consumption services. *Int J Drug Policy*. 2023;111:103910. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103910>
12. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2017;14:161-183. <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
13. Levensgood TW, Yoon GH, Davoust MJ, Ogden SN, Marshall BD, Cahill SR, et al. Supervised injection facilities as harm reduction: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2021;61(5):738-749. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.04.017>
14. Kennedy MC, Hayashi K, Milloy MJ, Wood E, Kerr T. Supervised injection facility use and all-cause mortality among people who inject drugs in Vancouver, Canada: a cohort study. *PLoS Med*. 2019;16(11):e1002964. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002964>
15. Khair S, Eastwood CA, Lu M, Jackson J. Supervised consumption site enables cost savings by avoiding emergency services: a cost analysis study. *Harm Red J*. 2022;19(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00609-5>
16. Roux P, Jauffret-Roustide M, Donadille C, Briand Madrid L, Denis C, Célrier I, et al. Impact of drug consumption rooms on non-fatal overdoses, absences and emergency department visits in people who inject drugs in France: results from the COSINUS cohort. *Int J Epidemiol*. 2023;52(2):562-576. <https://doi.org/10.1093/ije/dyac120>
17. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011;377(9775):1429-1437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62353-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7)
18. MSIC Evaluation Committee. Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre [Internet]. Sydney (AU): National Drug and Alcohol Research Centre; 2003. En ligne à : https://www.drugsandalcohol.ie/5706/1/MSIC_final_evaluation_report.pdf
19. Caulkins JP, Pardo B, Kilmer B. Supervised consumption sites: a nuanced assessment of the causal evidence. *Addiction*. 2019;114(12):2109-2115. <https://doi.org/10.1111/add.14747>
20. Magwood O, Salvalaggio G, Beder M, Kendall C, Kpade V, Daghmach W, et al. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: a systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227298>
21. Pardo B, Caulkins JP, Kilmer B. Assessing the evidence on supervised drug consumption sites [Internet]. Santa Monica (CA) : RAND; 2018. En ligne à : https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1200/WR1261/RAND_WR1261.pdf
22. Potier C, Laprévote V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;145:48-68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012>
23. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022 [Internet]. Vienne (AT) : UNODC; 2022 [consultation le 15 septembre 2023]. En ligne à : <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
24. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
25. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2018;38(6):255-266. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02f>
26. Scholl L, Seth P, Kariisa M, Wilson N, Baldwin G. Drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2013–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;67(5152):1419-27. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm675152e1>
27. Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et décès liés aux drogues du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes et aux stimulants : surveillance des méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. Janvier 2016 à juin 2023 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2023. [N° au catalogue : HP33-7F-PDF.] En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2023/aspc-phac/HP33-7-2022-3-fra.pdf
28. JBI. Critical appraisal tools [Internet]. Adelaide (AU) : University of Adelaide; [consultation le 23 avril 2025]. En ligne à : <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
29. Panagiotoglou D. Evaluating the population-level effects of overdose prevention sites and supervised consumption sites in British Columbia, Canada: controlled interrupted time series. *PLoS One*. 2022;17(3):e0265665. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265665>
30. Panagiotoglou D, Lim J. Using synthetic controls to estimate the population-level effects of Ontario's recently implemented overdose prevention sites and consumption and treatment services. *Int J Drug Policy*. 2022;110:103881. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103881>
31. Yeung ME, Lee CH, Hartmann R, Lang E. Opioid-related emergency department visits and deaths after a harm-reduction intervention: a retrospective observational cohort time series analysis. *CMAJ Open*. 2023;11(3):e537-545. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20220104>

32. Robinson T, Farrokhyar F, Fischer B. The associations of supervised consumption services with the rates of opioid-related mortality and morbidity outcomes at the public health unit level in Ontario (Canada): a controlled interrupted time-series analysis. *Drug Alcohol Rev.* 2024;43(7):1880-1891. <https://doi.org/10.1111/dar.13921>
33. Marshall T, Abba-Aji A, Tanguay R, Greenshaw AJ. The impact of supervised consumption services on fentanyl-related deaths: lessons learned from Alberta's provincial data. *Can J Psychiatry.* 2021;66(12):1096-1098. <https://doi.org/10.1177/0706743721999571>
34. Rammohan I, Gaines T, Scheim A, Bayoumi A, Werb D. Overdose mortality incidence and supervised consumption services in Toronto, Canada: an ecological study and spatial analysis. *Lancet Public Health.* 2024;9(2):e79-87. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00300-6](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00300-6)
35. Ontario GeoHub. Ministry of Health: Public Health Unit Boundary [Internet]. Toronto (Ont) : Government of Ontario; 2020 [consultation le 30 décembre 2024]. En ligne à : <https://geohub.lio.gov.on.ca/datasets/ministry-of-health-public-health-unit-boundary>
36. Kryszajtyś DT, Xavier J, Rudzinski K, Guta A, Chan Carusone S, Strike CJ. Stakeholder preferences for supervised consumption site design, staff, and ancillary services: a scoping review of feasibility studies. *Drug Alcohol Depend.* 2022;230:109179. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109179>
37. Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy.* 2010;21(1):70-76. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.03.004>
38. Fischer B, Robinson T, Jutras-Aswad D. Three noteworthy idiosyncrasies related to Canada's opioid-death crisis, and implications for public health-oriented interventions. *Drug Alcohol Rev.* 2024;43(2):562-566. <https://doi.org/10.1111/dar.13796>
39. BC Coroners Service. Unregulated drug deaths – summary: 2024 summary [Internet]. Victoria (BC) : Government of British Columbia; 2024. En ligne à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/augsept2024_2_unregulated_drug_pdf_of_dashboard.pdf
40. Rapid Response Service. A review of supervised inhalation services in Canada [Internet]. Toronto (Ont.) : Ontario HIV Treatment Network; 2022 [consultation le 9 janvier 2025]. En ligne à : <https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-a-review-of-supervised-inhalation-services-in-canada/>
41. Santé Canada. Sites de consommation supervisée : statut des demandes [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2025 [consultation le 9 janvier 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html>
42. British Columbia Coroners Service. Illicit drug toxicity deaths in BC. Knowledge update: mode of consumption [Internet]. Victoria (BC) : Government of British Columbia; 2022. En ligne à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/bccs_illicit_drug_mode_of_consumption_2016-2021.pdf
43. Gomes T, Murray R, Kolla G, Leece P, Bansal S, Besharah J, et al. Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic [Internet]. Toronto (Ont.) : Ontario Drug Policy Research Network; 2021. En ligne à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/c/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf?la=en>
44. Bardwell G, Strike C, Altenberg J, Barnaby L, Kerr T. Implementation contexts and the impact of policing on access to supervised consumption services in Toronto, Canada: a qualitative comparative analysis. *Harm Red J.* 2019;16(1):30. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0302-x>
45. Ickowicz S, Grant C, Nosova E, Boyd J, Brar R, Milloy MJ, et al. Factors associated with the use of supervised consumption facilities among women who inject drugs in a Canadian setting. *J Addict Med.* 2020;14(5):e226-232. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000646>
46. Papamihali K, Yoon M, Graham B, Karamouzian M, Slaunwhite AK, Tsang V, et al. Convenience and comfort: reasons reported for using drugs alone among clients of harm reduction sites in British Columbia, Canada. *Harm Red J.* 2020;17(1):90. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00436-6>
47. Godkhindi P, Nussey L, O'Shea T. "They're causing more harm than good": a qualitative study exploring racism in harm reduction through the experiences of racialized people who use drugs. *Harm Red J.* 2022;19(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00672-y>
48. Yoon GH, Levensgood TW, Davoust MJ, Ogden SN, Kral AH, Cahill SR, et al. Implementation and sustainability of safe consumption sites: a qualitative systematic review and thematic synthesis. *Harm Red J.* 2022;19(1):73. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00655-z>
49. Russell C, Law J, Bonn M, Rehm J, Ali F. The increase in benzodiazepine-laced drugs and related risks in Canada: the urgent need for effective and sustainable solutions. *Int J Drug Policy.* 2023;111:103933. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103933>
50. Friedman J, Montero F, Bourgois P, Wahbi R, Dye D, Goodman-Meza D, et al. Xylazine spreads across the US: a growing component of the increasingly synthetic and polysubstance overdose crisis. *Drug Alcohol Depend.* 2022;233:109380. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109380>
51. Loverock A, Marshall T, Viste D, Safi F, Rioux W, Sedaghat N, et al. Electronic harm reduction interventions for drug overdose monitoring and prevention: a scoping review. *Drug Alcohol Depend.* 2023;250:110878. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110878>

52. Rioux W, Taplay P, Morris-Miller L, Ghosh SM. Implementing Canada's first national virtual phone based overdose prevention service: lessons learned from creating the National Overdose Response Service (NORS). *Harm Red J*. 2024;21(1):102. <https://doi.org/10.1186/s12954-024-01017-7>
53. Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada et Department of Health and Human Services des États-Unis. Livre blanc conjoint Canada-États-Unis : Consommation de substances et méfaits pendant la pandémie de COVID-19 et approches de la surveillance et réponses fédérales [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 13 janvier 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/livre-blanc-canada-etats-unis-consommation-substances-mefaits-pendant-pandemie-covid-19-approches-surveillance-reponses-federales.html>
54. Behrends CN, Paone D, Nolan ML, Tuazon E, Murphy SM, Kapadia SN, et al. Estimated impact of supervised injection facilities on overdose fatalities and healthcare costs in New York City. *J Subst Abuse Treat*. 2019;106:79-88. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.08.010>
55. Chambers LC, Hollowell BD, Zang X, Rind DM, Guzauskas GF, Hansen RN, et al. The estimated costs and benefits of a hypothetical supervised consumption site in Providence, Rhode Island. *Int J Drug Policy*. 2022;108:103820. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103820>
56. Irwin A, Jozaghi E, Weir BW, Allen ST, Lindsay A, Sherman SG. Mitigating the heroin crisis in Baltimore, MD, USA: a cost-benefit analysis of a hypothetical supervised injection facility. *Harm Red J*. 2017;14:1-4. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0153-2>
57. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs [Internet]. Geneva (CH): UNAIDS; 2019. En ligne à : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2954_UNAIDS_drugs_report_2019_en.pdf
58. Jessica P, Morris-Miller R, Myette B, Ghosh SM. Recevoir et donner des services virtuels de réduction des méfaits et de pair aide. *CMAJ*. 2023;195(37):E1279-1282. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221188-f>
59. Lombardi AR, Arya R, Rosen JG, Thompson E, Welwean R, Tardif J, et al. Overdose detection technologies to reduce solitary overdose deaths: a literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1230. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021230>
60. Hood JE, Behrends CN, Irwin A, Schackman BR, Chan D, Hartfield K et al. The projected costs and benefits of a supervised injection facility in Seattle, WA, USA. *Int J Drug Policy*. 2019;67:9-18. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.12.015>
61. Cerdá M, Jalali MS, Hamilton AD, DiGennaro C, Hyder A, Santaella-Tenorio J, et al. A systematic review of simulation models to track and address the opioid crisis. *Epidemiol Rev*. 2021;43(1):147-165. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxab013>
62. Irvine MA, McGowan R, Hammond K, Davison C, Coombs D, Gilbert M. The role of mathematical modelling in aiding public health policy decision-making: a case study of the BC opioid overdose emergency. *Int J Drug Policy*. 2021;88:102603. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.11.011>
63. Scheim A, Werb D. Integrating supervised consumption into a continuum of care for people who use drugs. *CMAJ*. 2018;190(31):E921-922. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180824>

Synthèse des données probantes

Revue systématique des interventions axées sur l'alimentation pour atténuer l'insécurité alimentaire des ménages au Canada

Leanne Idzerda, Ph. D. (1); Calin Lazarescu, M. Sc. (1); Tricia Corrin, M.S.P. (2); Eric Vallières, Ph. D. (3); Alix Couture, M. Sc. (3); Sara Khan, M. Sc. (4); Lynn McIntyre, M.D. (5); Valerie Tarasuk, Ph. D. (6); Alejandra Jaramillo Garcia, M. Sc. (1)

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

Synthèse des données probantes par Idzerda L et al. dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

Introduction. L'insécurité alimentaire des ménages constitue une préoccupation importante sur le plan de la santé publique et des politiques au Canada et elle touche un nombre toujours croissant de personnes dans cette période d'incertitude économique et d'inflation. L'objectif de cette revue systématique était de faire la synthèse des données probantes sur les interventions axées sur l'alimentation susceptibles de réduire l'insécurité alimentaire des ménages au Canada.

Méthodologie. Nous avons inclus les études ayant évalué une intervention axée sur l'alimentation susceptible de réduire l'insécurité alimentaire et celles ayant mesuré l'insécurité alimentaire des ménages, qu'il s'agisse de l'objectif principal de l'étude ou non. Quatre bases de données ont été consultées jusqu'en date du 19 février 2025. La sélection à partir du résumé et du texte intégral, l'extraction de données ainsi que l'évaluation des risques de biais et de la qualité des données probantes ont été effectuées de façon indépendante par deux évaluateurs. (PROSPERO n° CRD42021254450).

Résultats. L'exposition aux programmes de bons alimentaires est susceptible de réduire l'insécurité alimentaire des ménages, mais l'exposition aux programmes de paniers alimentaires, de jardinage communautaire, d'alimentation scolaire, de chasse et pêche et d'aide alimentaire semble avoir un effet mineur ou nul sur cette insécurité. Le taux d'utilisation des banques alimentaires par les ménages en situation d'insécurité alimentaire est parfois faible et il est fonction du degré d'insécurité alimentaire et du groupe de population.

Conclusion. L'aide alimentaire peut représenter un dernier recours pour les personnes qui ont un besoin urgent d'avoir accès à de la nourriture à court terme (c.-à-d. les populations en situation d'itinérance). Cependant, étant donné l'omniprésence de l'insécurité alimentaire des ménages comme marqueur de défavorisation, il est peu probable que les interventions axées sur l'alimentation aient une incidence majeure sur l'insécurité alimentaire de ces ménages dans son ensemble, cette dernière relevant avant tout d'un problème d'ordre économique. Une approche de politique publique globale d'atténuation de l'insécurité alimentaire des ménages est probablement nécessaire.

Mots-clés : *insécurité alimentaire des ménages, banque alimentaire, aide alimentaire, intervention axée sur l'alimentation, revue systématique*

Points saillants

- La participation à des programmes de paniers alimentaires, de jardinage communautaire, d'alimentation scolaire, de chasse et pêche et d'aide alimentaire semble avoir un effet mineur ou nul sur l'insécurité alimentaire des ménages (qualité des données faible).
- La participation à des programmes de bons alimentaires peut réduire l'insécurité alimentaire des ménages (qualité faible à moyenne).
- L'utilisation des banques alimentaires par les ménages en situation d'insécurité alimentaire semble faible et est fonction de la gravité de l'insécurité alimentaire et du groupe de population (qualité faible à moyenne).
- Le taux et la fréquence d'utilisation des banques alimentaires sont probablement élevés chez les personnes en situation d'itinérance, particulièrement chez les jeunes (qualité moyenne à élevée), mais il est peu probable que ces interventions réduisent l'insécurité alimentaire des ménages à long terme.

Suite des Points saillants à la page suivante

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, Guelph (Ontario), Canada
3. Opérations régionales, région du Québec, Agence de la santé publique du Canada, Montréal (Québec), Canada
4. Bureau de la science et de la recherche en santé environnementale, Santé Canada, Toronto (Ontario), Canada
5. École de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
6. Département des sciences de la nutrition, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Leanne Idzerda, Unité de la synthèse des données probantes et de l'application des connaissances, Division de la recherche appliquée, 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. : 613-952-7608; courriel : Leanne.Idzerda@phac-aspc.gc.ca

- Une approche globale de politique publique qui tient compte de la défavorisation économique est probablement plus efficace pour réduire l'insécurité alimentaire des ménages (qualité moyenne) que les interventions axées sur l'alimentation.

Introduction

En 2022, 2,7 millions de ménages canadiens, incluant 1,8 million d'enfants et de jeunes de moins de 18 ans, ont connu l'insécurité alimentaire dans les 12 mois précédents¹. Il s'agit du nombre le plus élevé enregistré depuis que le Canada a commencé à surveiller l'insécurité alimentaire des ménages il y a 17 ans¹. Ces statistiques se rapportent spécifiquement à l'incapacité des ménages à se procurer ou à consommer une quantité suffisante de nourriture ou à l'incertitude de pouvoir le faire en raison de contraintes financières¹.

L'insécurité alimentaire des ménages est fortement associée à de nombreux résultats néfastes sur la santé des enfants et des adultes au Canada, en particulier une augmentation de la vulnérabilité nutritionnelle²⁻⁷, un risque accru de diabète de type 2⁸, une dégradation de la santé mentale⁹⁻¹⁵, un taux accru de maladies infectieuses¹⁶, de maladies non transmissibles¹⁰, de blessures¹⁷ et de douleur chronique¹⁸, une efficacité réduite de la prise en charge des maladies^{16,19-22}, un taux accru d'utilisation des soins de santé²³⁻²⁸ et une mortalité prématurée^{29,30}. Ces relations sont progressives, c'est-à-dire que la gravité de l'insécurité alimentaire est proportionnelle à la fois au nombre et à la médiocrité des résultats en matière de santé^{23-25,27}, même après ajustement pour le revenu et d'autres caractéristiques sociodémographiques.

Il convient de noter que l'insécurité alimentaire des ménages, telle qu'elle est définie dans cet article et dans les politiques publiques au Canada, n'est pas synonyme d'absence de sécurité alimentaire. Selon l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), « [l]a sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences

alimentaires pour mener une vie saine et active »^{31p.1}. L'insécurité alimentaire des ménages chronique est une notion plus restreinte et constitue un indicateur solide et valide des politiques sociales et de la santé de la population¹. Ce concept se distingue des définitions plus larges en lien avec la sécurité alimentaire communautaire, qui portent sur les concepts d'accès physique, social et économique à des aliments en quantité suffisante, sains et nutritifs répondant aux besoins et aux préférences alimentaires des individus³².

Diverses politiques publiques et interventions axées sur l'alimentation ont été proposées pour réduire l'insécurité alimentaire des ménages. Les interventions par politique publique visent les déterminants économiques en amont de l'insécurité alimentaire des ménages et incluent des soutiens indirects comme des transferts de fonds, l'aide au logement et des prestations du marché du travail. Les interventions axées sur l'alimentation visent à combler le manque de nourriture à l'échelle des ménages. Il s'agit des organismes d'aide alimentaire qui distribuent de la nourriture directement aux individus par l'intermédiaire notamment de banques alimentaires et de soupes populaires, des programmes alimentaires communautaires comme des cours de cuisine, des conseils en matière d'endettement pour l'amélioration de la gestion du budget alimentaire, des cuisines communautaires et des programmes de jardinage communautaire. Ces programmes visent à améliorer l'accès aux aliments (par exemple par la fourniture d'aliments gratuits ou à prix réduit) afin de réduire la nécessité pour un ménage de consacrer des ressources à l'achat d'aliments ou afin d'accroître la capacité des participants au programme à gérer des ressources limitées (par exemple par l'amélioration des compétences en matière de cuisine et de magasinage ou la réduction de la dette).

Peu de recherches ont été menées sur l'efficacité de ces interventions pour réduire l'insécurité alimentaire des ménages au Canada³³. Il est particulièrement important d'effectuer une synthèse des données probantes publiées, étant donné l'augmentation du financement de ces programmes par les gouvernements fédéral et provinciaux au cours de la pandémie de COVID-19³⁴ ainsi qu'une augmentation parallèle du coût de la vie depuis 2022³⁵. Cette réponse politique n'est pas nouvelle, car certaines interventions axées sur

l'alimentation, telles que les banques alimentaires, ont été mises en place dans les années 1980³⁶.

Dans ce contexte, l'objectif de notre revue systématique était de faire la synthèse des données probantes sur l'efficacité des interventions axées sur l'alimentation visant à réduire l'insécurité alimentaire des ménages au Canada.

Méthodologie

Enregistrement de la revue systématique

Cette revue systématique a été réalisée conformément aux directives du *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*³⁷ et à la ligne directrice PRISMA³⁸. La question de recherche principale initiale était : « Quelles interventions sont efficaces pour réduire l'insécurité alimentaire des ménages au Canada? ».

Le protocole de revue systématique a été créé a priori et enregistré dans la base PROSPERO (n° CRD42021254450).

Au cours du processus de revue systématique et après discussion avec des spécialistes de l'insécurité alimentaire des ménages [VT, LM], il est apparu clairement qu'il était préférable de répartir les interventions en deux catégories selon le niveau auquel elles agissent, soit les interventions par politique publique et les interventions axées sur l'alimentation. Étant donné qu'il s'agit de catégories d'intervention distinctes, cette séparation a facilité l'analyse et la compilation des résultats. Les interventions par politique publique portent sur les déterminants sous-jacents de l'insécurité alimentaire et ciblent la vulnérabilité économique des ménages, alors que les interventions axées sur l'alimentation visent le manque de nourriture au niveau des ménages. Les analyses et la compilation des résultats ont été effectuées séparément pour les deux types d'intervention. La revue systématique portant sur les interventions par politique publique est parue ailleurs³⁹.

Cette revue systématique synthétise les données probantes sur les interventions axées sur l'alimentation visant à réduire l'insécurité alimentaire des ménages. Elle répond à deux questions principales (QP). La première, QP1, est « Quel est l'effet de l'exposition à une intervention axée sur l'alimentation sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada? ».

Comme le nombre d'études faisant état de l'efficacité des interventions d'aide alimentaire est faible et comme les données indiquent que le taux d'utilisation des banques alimentaires est faible, nous avons inclus des études sur le recours aux programmes d'aide alimentaire par les ménages en situation d'insécurité alimentaire. La seconde question principale, QP2, reflète l'inclusion de ces études : « Dans quelle proportion et à quelle fréquence les ménages en situation d'insécurité alimentaire ont-ils recours aux programmes d'aide alimentaire au Canada? ».

Critères d'admissibilité

Le modèle PICO (population, interventions, comparateurs et critères d'évaluation) a été utilisé pour faciliter l'élaboration de la stratégie de recherche.

- Population : ménages (QP1) ou ménages en situation d'insécurité alimentaire (QP2) au Canada.
- Intervention ou utilisation : études qui ont échantillonné des ménages exposés à une intervention (QP1) ou des ménages qui ont utilisé une intervention (QP2) destinée à réduire l'insécurité alimentaire des ménages, même s'il ne s'agissait pas de l'objectif principal de l'étude.
- Comparateur : études avec groupe de comparaison (concomitant, historique ou dans lesquelles les participants agissent comme leur propre comparateur) (QP1) ou sans groupe de comparaison (QP2).
- Critère d'évaluation : tout critère visant à évaluer l'insécurité alimentaire des ménages ou une notion correspondant à la faim (QP1) ou le recours aux interventions d'aide alimentaire (QP2).

D'autres critères d'admissibilité incluent :

- Dates : toutes les études publiées à partir de 2000.
- Langues : anglais et français.
- Plan d'étude : études de recherche primaire, incluant les essais comparatifs et les études observationnelles.

Pour connaître la liste complète des critères d'inclusion et d'exclusion, consulter le [document supplémentaire A](#) [en anglais seulement].

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche a été élaborée par une bibliothécaire de recherche de Santé Canada en collaboration avec les auteurs (consulter le [document supplémentaire B](#) [en anglais seulement] pour davantage de détails sur cette stratégie de recherche). Elle a fait l'objet d'une évaluation indépendante de stratégies de recherche électronique par les pairs (PRESS)⁴⁰ par une seconde bibliothécaire qui a évalué la qualité.

Nous avons effectué des recherches dans les quatre bases de données bibliographiques électroniques suivantes : EconLit, Embase, Ovid MEDLINE et Scopus. La recherche a été effectuée d'abord en avril 2021 puis actualisée en novembre 2022, en octobre 2023, en février 2024 et enfin le 19 février 2025. Nous avons effectué une recherche dans la littérature grise à l'aide de Google Scholar ainsi qu'une recherche de termes clés sur des sites Web ciblés en juin 2021. En outre, nous avons vérifié manuellement la bibliographie de 17 articles de synthèse connexes et consulté des experts pour nous assurer de ne pas avoir omis d'études lors des recherches dans les bases de données.

Sélection des études

Les résultats de la recherche ont été importés dans le logiciel d'analyse documentaire en ligne DistillerSR version 2.37 (DistillerSR Inc., Ottawa, Ontario, Canada) et les doublons ont été supprimés. À l'aide d'un formulaire normalisé mis au point a priori et testé par l'ensemble des évaluateurs [LI, TC, AC, EV, SK et CL], deux d'entre eux, travaillant de façon indépendante, ont examiné l'ensemble des titres et des résumés pour déterminer l'admissibilité des études. Les évaluateurs ont ensuite effectué une sélection en analysant le texte intégral des articles ayant franchi la première étape. (Pour connaître la liste des études exclues et les raisons de l'exclusion à chacune des étapes de sélection, consulter le [document supplémentaire C](#) [en anglais seulement].)

Les évaluateurs ont résolu leurs désaccords par la discussion, en faisant intervenir un troisième évaluateur au besoin.

Un processus similaire a été utilisé pour les décisions concernant l'extraction des données, le risque de biais et la cote GRADE (Grading of Recommendations,

Assessment, Development and Evaluation, soit Détermination, Formulation et Évaluation de la Cote des Recommandations).

Extraction des données

Un formulaire d'extraction des données pour l'enregistrement des renseignements pertinents de chaque étude incluse a été créé et testé par les évaluateurs avant le début de l'extraction des données. Pour toutes les études retenues, ces renseignements ont été : données bibliographiques (auteurs, titre, revue ou source, année de publication, langue de publication), données sur l'étude (objectifs, plan d'étude, période, description de l'intervention et méthode ou outil utilisé pour mesurer l'insécurité alimentaire des ménages), caractéristiques des participants (y compris tout sous-groupe d'intérêt) et résultats d'intérêt (gravité de l'insécurité alimentaire des ménages et taux d'utilisation des programmes d'aide alimentaire).

Analyse des données

L'ensemble final de données a été exporté vers Microsoft Excel 365 (Microsoft Corp., Redmond, État de Washington, États-Unis) pour l'analyse. Une synthèse narrative a été réalisée sur cet ensemble de données. Dans le cas où trois études ou plus avaient mesuré le même résultat d'intérêt, une méta-analyse à effets aléatoires a été effectuée à l'aide de la méthode de pondération de DerSimonian et Laird³⁷ dans le programme Metaprop de la version 18 du logiciel Stata (StataCorp LLC, College Station, Texas, États-Unis). Une transformation logit a été utilisée et les données ont ensuite été réparties en sous-groupes de population et en fonction du degré d'insécurité alimentaire des ménages. L'hétérogénéité n'a été calculée que lorsqu'il y avait quatre observations ou plus. Des sous-analyses par facteurs sociodémographiques ont été incluses dans la mesure du possible.

Risque de biais

Pour évaluer le risque de biais dans les études retenues qui ont porté sur l'efficacité des interventions axées sur l'alimentation (QP1), nous avons utilisé les outils d'évaluation des risques de biais dans les études non randomisées ROBINS-I (Risk of Bias in Non-randomised Studies – of Intervention)⁴¹ et ROBINS-E (Risk of Bias in Non-randomized Studies – of Exposures)⁴², ainsi que la version 2 de l'outil d'évaluation

du risque de biais dans les essais randomisés (RoB 2)⁴³ de Cochrane Collaboration. Nous avons utilisé l'outil d'évaluation critique du JBI pour les études transversales afin d'évaluer le risque de biais dans les études sur le recours aux programmes d'aide alimentaire (QP2) car ce sont des données transversales qui ont été extraites de ces études^{44,45}.

Certitude des données probantes

Le cadre GRADE a été utilisé pour l'évaluation de la qualité et de la solidité de l'ensemble des données probantes⁴⁶. Ce cadre est conçu pour évaluer, de façon systématique et transparente, la qualité des données probantes en ce qui a trait aux questions de recherche. (Pour connaître les règles de décision GRADE appliquées dans notre revue systématique, consulter le [document supplémentaire D](#) [en anglais seulement].) Nous avons d'abord présumé que la qualité des données probantes dans les études qui traitaient de la question QP1 était élevée, pour ensuite la noter à la baisse, conformément aux directives récentes sur les études non randomisées⁴⁷. Nous avons également présumé au départ que les études traitant de la question QP2 comportaient des données probantes de qualité élevée, car une méthode GRADE adaptée a été utilisée pour les évaluer⁴⁸. Pour l'évaluation du taux et de la fréquence d'utilisation, les études observationnelles sont aptes à fournir des estimations robustes lorsqu'elles utilisent des mesures appropriées et qu'elles recrutent des populations représentatives.

La qualité a été revue à la baisse pour chaque résultat, à « moyenne », « faible » ou « très faible », en cas de préoccupations sérieuses ou très sérieuses conduisant à diminuer le degré de certitude de l'estimation des résultats dans les domaines suivants : risque de biais, incohérence, caractère indirect, imprécision ou biais de publication⁴⁷. Le libellé des énoncés de synthèse concernant la qualité des données probantes est fondé sur des lignes directrices publiées⁴⁹.

Résultats

Au total, 8 542 références ont été analysées pour déterminer leur admissibilité en lien avec nos deux questions de recherche principales. Parmi elles, 21 articles traitaient de l'exposition ou du recours à des interventions axées sur l'alimentation

visant à réduire l'insécurité alimentaire des ménages au Canada (figure 1).

Résumé descriptif des études retenues

Les études retenues ($n = 21$) ont été publiées entre 2000 et 2023, et plus de la moitié ($n = 13$) depuis 2014 (le tableau 1 offre une synthèse des caractéristiques des études). Dix études font état de l'effet de l'exposition aux interventions axées sur l'alimentation sur l'insécurité alimentaire des ménages (QP1) et treize du taux et de la fréquence d'utilisation des interventions axées sur l'alimentation par les ménages en situation d'insécurité alimentaire (QP2). Deux de ces études traitent à la fois de l'effet et de l'utilisation des interventions axées sur l'alimentation. Les caractéristiques des études sont synthétisées dans le tableau 1. Les résultats détaillés sur le risque de biais pour les études se trouvent dans le [document supplémentaire E](#) [en anglais seulement].

Effet de l'exposition aux interventions axées sur l'alimentation sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada (QP1)

Les interventions axées sur l'alimentation retenues sont constituées de programmes d'aide alimentaire ($n = 3$)⁵⁷⁻⁵⁹, de programmes de bons alimentaires ($n = 2$)^{50,51}, de programmes de chasse et pêche destinés aux collectivités autochtones ($n = 2$)^{55,56}, d'un programme de paniers alimentaires ($n = 1$)⁵², d'un programme de jardinage ($n = 1$)⁵³ et d'un programme d'alimentation scolaire ($n = 1$)⁵⁴. Dans l'ensemble, des données probantes de qualité faible indiquent que la participation aux programmes de paniers alimentaires, de jardinage, de chasse et pêche, d'alimentation scolaire et d'aide alimentaire semble avoir un effet mineur ou nul sur l'insécurité alimentaire des ménages. Des données de qualité faible à moyenne indiquent que les programmes de bons alimentaires sont susceptibles de réduire l'insécurité alimentaire. Les résultats sont synthétisés dans le tableau 2 et décrits en détail dans les sections suivantes.

Programmes de bons alimentaires

Dans le cadre d'un essai comparatif randomisé, les adultes de ménages à faible revenu ont reçu chaque semaine des bons d'une valeur de 21 \$CAN pendant 10 à 15 semaines, afin d'acheter des aliments sains dans les marchés fermiers locaux en Colombie-Britannique⁵⁰. Aktary et al. ont indiqué que les probabilités de souffrir

d'insécurité alimentaire à court terme étaient inférieures de 79 % à la fin de l'intervention ($p = 0,01$) et de 71 % 16 semaines après l'intervention ($p = 0,04$) dans le groupe recevant les bons par rapport au groupe témoin⁵⁰.

Dans le cadre d'une étude à un seul groupe avant et après l'intervention menée à Guelph (Ontario), Heasley et al. ont prescrit à des patients de centres de santé communautaire ayant reçu un diagnostic de trouble cardiométabolique ou de carence en micronutriments (ou des deux) et souffrant d'insécurité alimentaire 12 bons hebdomadaires à utiliser dans des marchés alimentaires locaux⁵¹. Les auteurs ont fait état d'une baisse significative des cotes moyennes d'insécurité alimentaire chez les adultes et les enfants entre le début de l'étude et le suivi ($p < 0,001$ pour les adultes; $p = 0,01$ pour les enfants)⁵¹.

Programmes de paniers alimentaires

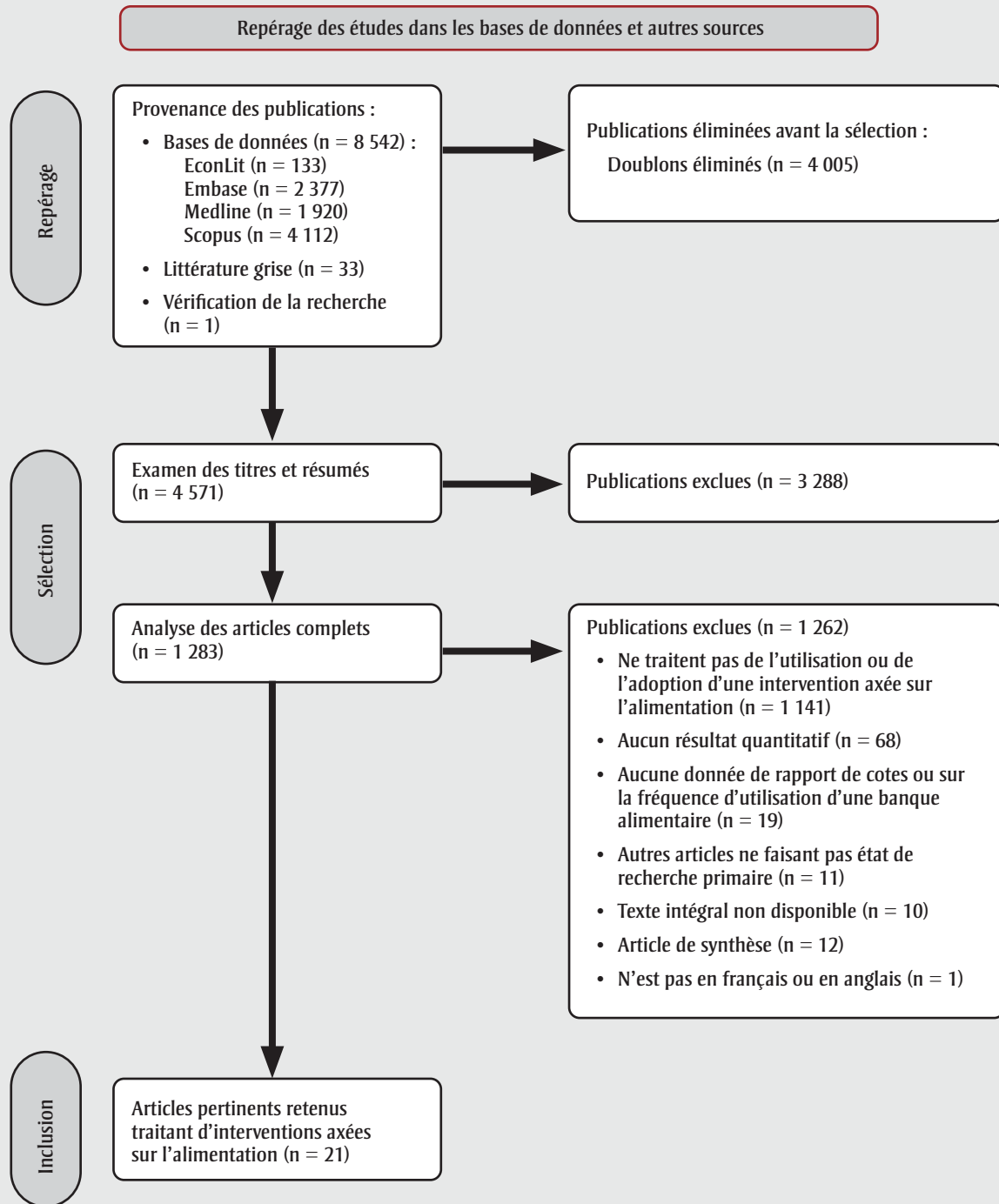
Dans une étude de cohorte menée à Vancouver (Colombie-Britannique), Miewald et al. ont évalué, sur une période de 8 mois, les effets de la distribution mensuelle de paniers alimentaires contenant des fruits et des légumes à des personnes de ménages à faible revenu, à des personnes de zones où l'accès aux aliments est limité ou à des personnes âgées⁵². Il n'y a pas eu de variation significative de l'insécurité alimentaire des ménages entre les personnes qui se sont inscrites au programme de paniers alimentaires et celles qui ne l'ont pas fait⁵².

Interventions axées sur la chasse et la pêche destinées aux collectivités autochtones

Deux études transversales analytiques ont évalué des interventions destinées aux collectivités autochtones. Blanchet et al. n'ont relevé aucune association entre le type de saumon consommé (saumon pêché localement par rapport à saumon importé ou aucun saumon) et l'insécurité alimentaire des ménages chez les adultes du peuple Syilx de la Nation Okanagan en Colombie-Britannique⁵⁵.

Thompson et al. ont évalué l'accès des ménages à des aliments chassés ou pêchés dans 14 collectivités autochtones éloignées du nord du Manitoba et n'ont observé aucune association entre l'accès à ces aliments et l'insécurité alimentaire des ménages⁵⁶. Dans la même étude, la présence d'un programme d'aliments traditionnels (RC = 20,6; IC à 95 % : 2,4 à

FIGURE 1
Diagramme PRISMA³⁸ des recherches dans les bases de données et autres sources



Abréviation : PRISMA, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (éléments de rapport privilégiés pour les revues systématiques et les méta-analyses).

TABEAU 1
Caractéristiques des études retenues, par type de programme (n = 21)

Premier auteur, année de publication Plan d'étude Ensemble de données	Lieu Période de collecte des données Intervention	Population	Comparateur	Méthode de collecte des données sur l'insécurité alimentaire Période de référence	Taille totale de l'échantillon (n)	Risque de biais
Programmes de bons alimentaires						
Aktary, 2024 ⁵⁰ Essai comparatif randomisé Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Colombie-Britannique 2019 Programme de bons alimentaires échangeables aux marchés fermiers	Adultes à faible revenu qui n'ont jamais participé au programme de bons alimentaires échangeables aux marchés fermiers	Adultes à faible revenu qui ne reçoivent pas de bons du programme de bons alimentaires échangeables aux marchés fermiers	MESAM 30 jours précédents	285	Faible
Heasley, 2021 ⁵¹ Plan avant-après à un seul groupe Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Guelph (Ontario) 2019-2020 Programme de bons alimentaires sur ordonnance	Patients atteints d'au moins un problème cardiométabolique diagnostiqué ou d'une carence en micronutriments (ou les deux) et souffrant d'insécurité alimentaire	Participants avant l'intervention	MESAM 4 mois précédents	60	Élevé
Programmes de paniers alimentaires						
Miewald, 2012 ⁵² Cohorte (plan avant-après à deux groupes) Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Colombie-Britannique Période initiale : 2008; suivi : 8 mois après la période initiale Abonnement à un panier alimentaire	Ménages à faible revenu qui ont reçu un panier alimentaire hebdomadaire	Ménages à faible revenu qui ont eu recours aux mêmes services sociaux, mais qui n'ont pas reçu de panier alimentaire hebdomadaire	MESAM Non précisée ^a	192	Élevé
Programmes de jardinage						
Sandha, 2021 ⁵³ Étude transversale analytique Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Île-du-Prince-Édouard 2013 Jardinage à domicile	Mères d'enfants de moins de 7 ans qui ont bénéficié du programme de jardinage du Centre de ressources pour les familles	Mères d'enfants de moins de 7 ans qui n'ont pas bénéficié du programme de jardinage du Centre de ressources pour les familles	MESAM Période de référence non précisée ^a	282	Certains aspects préoccupants
Programmes d'alimentation scolaire						
Roustit, 2010 ⁵⁴ Étude transversale analytique Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois	Québec 1999 Programmes d'alimentation scolaire (collations ou repas gratuits ou à prix réduit)	Enfants et adolescents fréquentant une école primaire ou secondaire dotée d'un programme de supplément alimentaire	Enfants et adolescents fréquentant une école primaire ou secondaire sans programme de supplément alimentaire	Trois énoncés tirés du questionnaire Radimer/Cornell Période de référence non précisée	2 346	Élevé
Interventions axées sur la chasse et la pêche destinées aux collectivités autochtones						
Blanchet, 2021 ⁵⁵ Étude transversale analytique Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Peuple Syilx de la Nation Okanagan, Colombie-Britannique 2018 Consommation de saumon	Adultes qui se sont identifiés comme membres du peuple Syilx de la Nation Okanagan, ou qui ont une relation de parenté avec une personne qui s'est identifiée comme telle, et qui mangent du saumon pêché localement	Adultes qui se sont identifiés comme membres du peuple Syilx de la Nation Okanagan, ou qui ont une relation de parenté avec une personne qui s'est identifiée comme telle, et qui mangent du saumon non pêché localement ou qui ne mangent pas de saumon	MESAM adapté aux populations autochtones du Canada Non précisée ^a	265	Élevé

Suite à la page suivante

TABEAU 1 (suite)
Caractéristiques des études retenues, par type de programme (n = 21)

Premier auteur, année de publication Plan d'étude Ensemble de données	Lieu Période de collecte des données Intervention	Population	Comparateur	Méthode de collecte des données sur l'insécurité alimentaire Période de référence	Taille totale de l'échantillon (n)	Risque de biais
Thompson, 2012 ⁵⁶ Étude transversale analytique Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Manitoba 2008-2012 Programmes d'aliments traditionnels	Adultes dans 14 collectivités éloignées du nord du Manitoba	S.O.	MESAM et trois questions supplémentaires sur le jardinage, la chasse et la pêche Non précisée ^a	533	Élevé
Interventions d'aide alimentaire						
Loopstra, 2012 ^{57,b} Cohorte longitudinale (à un seul groupe) Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Toronto (Ontario) Période initiale : 2005-2007; suivi : 2006-2008 Banques alimentaires locales	Adultes de familles à faible revenu, selon les secteurs de recensement, qui ont fréquenté une banque alimentaire au cours des 12 mois précédents	Adultes de familles à faible revenu, selon les secteurs de recensement, qui n'ont pas fréquenté de banque alimentaire au cours des 12 mois précédents	MESAM 12 mois précédents	371	Élevé
Rizvi, 2021 ^{58,b} Cohorte longitudinale (à un seul groupe) Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Ottawa (Ontario) 2017-2019 Banques alimentaires locales	Personnes fréquentant les banques alimentaires communautaires, après 6, 12 et 18 mois	Personnes fréquentant les banques alimentaires communautaires, au départ	MESAM 12 mois précédents	401	Élevé
Roncarolo, 2016 ⁵⁹ Cohorte longitudinale (à deux groupes) Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Montréal (Québec) Période initiale : 2011-2012; suivi : 9 mois après la période initiale Banques alimentaires locales	Personnes fréquentant les banques alimentaires classiques ou participant à des interventions communautaires non traditionnelles (cuisines communautaires, jardins communautaires et groupes d'achat)	Population avant les interventions axées sur les banques alimentaires	MESAM 12 mois précédents	824	Élevé
Recours aux programmes d'aide alimentaire						
Daly, 2023 ⁶⁰ Étude transversale Sondage sur les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale	Échelle nationale 2020-2021 Programmes locaux d'aide alimentaire	Adultes de ménages en situation d'insécurité alimentaire qui ont éprouvé du stress ou de l'inquiétude à l'idée d'avoir insuffisamment de nourriture pour répondre aux besoins fondamentaux du ménage en raison de la pandémie de COVID-19 au cours des 2 semaines précédentes	S.O.	Une question sur les soucis alimentaires et une question du MESAM 12 mois précédents	477	Faible
Holmes, 2019 ⁶¹ Étude transversale Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Vancouver (Colombie-Britannique) 2015 Banques alimentaires locales	Ménages en situation d'insécurité alimentaire qui ont fréquenté une banque alimentaire locale	S.O.	MESAM Non précisée ^a	77	Élevé

Suite à la page suivante

TABEAU 1 (suite)
Caractéristiques des études retenues, par type de programme (n = 21)

Premier auteur, année de publication Plan d'étude Ensemble de données	Lieu Période de collecte des données Intervention	Population	Comparateur	Méthode de collecte des données sur l'insécurité alimentaire Période de référence	Taille totale de l'échantillon (n)	Risque de biais
Kirkpatrick, 2009 ⁶² Étude transversale Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Toronto (Ontario) 2005-2007 Banques alimentaires locales	Ménages en situation d'insécurité alimentaire	S.O.	MESAM 12 mois précédents	484	Élevé
Loopstra, 2012 ^{57,b} Données transversales tirées d'une étude de cohorte Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Toronto (Ontario) Période initiale : 2005-2007; suivi : 2006-2008 Banques alimentaires locales	Adultes de familles à faible revenu, selon les secteurs de recensement, qui ont fréquenté une banque alimentaire au moins une fois au cours des 12 mois précédents	Adultes de familles à faible revenu, selon les secteurs de recensement, qui n'ont pas fréquenté de banque alimentaire au cours des 12 mois précédents	MESAM 12 mois précédents	371	Faible
MacBain, 2023 ⁶³ Étude transversale Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Hamilton (Ontario) 2021 Programmes locaux d'aide alimentaire	Ménages en situation d'insécurité alimentaire	S.O.	Outil « Hunger Vital Sign » 12 mois précédents	173	Faible
McIntyre, 2000 ⁶⁴ Étude transversale Cycle 1 de l'ELNEJ	Échelle nationale (sauf les territoires) 1994 Banques alimentaires locales	Ménages avec enfants de moins de 18 ans	S.O.	Une seule question sur la faim chez les enfants Toute occurrence (« t'est-il déjà arrivé d'avoir faim »)	16 639	Certains points préoccupants
McIntyre, 2012 ⁶⁵ Étude transversale répétée Cycles 2 et 7 de l'ELNEJ	Échelle nationale (sauf les territoires) 1996-1997; 2006-2007 Banques alimentaires locales	Ménages avec enfants de 2 à 9 ans	S.O.	Une seule question sur la faim chez les enfants Toute occurrence (« t'est-il déjà arrivé d'avoir faim »)	Cycle 2 : 8 165 Cycle 7 : 15 691	Certains points préoccupants
Men, 2021 ⁶⁶ Étude transversale Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC)	Échelle nationale (sauf les territoires) 2020 Toute intervention axée sur l'aide alimentaire	Population canadienne résidant dans les 10 provinces	S.O.	Questionnaire en six points adapté du MESAM 30 jours précédents	4 410	Faible
Parpouchi, 2016 ⁶⁷ Étude transversale Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Vancouver (Colombie-Britannique) 2009-2011 Toute intervention axée sur l'aide alimentaire	Adultes atteints d'une maladie mentale en situation d'itinérance	S.O.	MESAM adapté aux populations en situation d'itinérance 30 jours précédents	497	Faible
Rizvi, 2021 ^{58,b} Plan longitudinal (cohorte) Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Ottawa (Ontario) 2017-2019 Banques alimentaires locales	Personnes fréquentant les banques alimentaires communautaires, après 6, 12 et 18 mois	Personnes fréquentant les banques alimentaires communautaires, au départ	MESAM 12 mois précédents	401	Faible
Tarasuk, 2009 ⁶⁸ Étude transversale Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Toronto (Ontario) 2003 Toute intervention axée sur l'aide alimentaire	Jeunes de 16 à 24 ans sans logement stable ou sûr	S.O.	Version modifiée du MESAM 30 jours précédents	261	Faible

Suite à la page suivante

TABEAU 1 (suite)
Caractéristiques des études retenues, par type de programme (n = 21)

Premier auteur, année de publication	Lieu	Population	Comparateur	Méthode de collecte des données sur l'insécurité alimentaire	Taille totale de l'échantillon (n)	Risque de biais
Plan d'étude	Période de collecte des données			Période de référence		
Ensemble de données	Intervention					
Tarasuk, 2020 ⁶⁹ Étude transversale Phase pilote de l'Enquête par panel auprès des ménages canadiens (EPMC)	Saskatchewan, Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick 2008 Banques alimentaires locales	Ménages (sauf les personnes vivant dans les réserves, les colonies religieuses, les autres types de communes ou en institution, et les membres des Forces canadiennes)	S.O.	Une question du MESAM 12 mois précédents	1 593	Faible
Vahabi, 2011 ⁷⁰ Étude transversale Données recueillies par les auteurs aux fins de l'étude	Toronto (Ontario) 2008 Banques alimentaires locales	Adultes hispanophones ou lusophones de 20 ans ou plus qui ont immigré au Canada au cours des 5 dernières années en provenance d'Amérique centrale ou d'Amérique du Sud	S.O.	Une question du MESAM (traduite en espagnol et en portugais) qui demandait si les participants avaient déjà dû manger moins parce qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour acheter de la nourriture 12 mois précédents	70	Faible

Abréviations : ELNEJ, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes; MESAM, Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages; S.O., sans objet.

^a Bien que la période n'ait pas été précisée, on a supposé qu'elle était de 12 mois pour le MESAM, étant donné qu'aucune adaptation du module n'avait été signalée.

^b Figurent à la fois dans la section sur les interventions d'aide alimentaire et la section sur le recours aux programmes d'aide alimentaire du tableau, car les données déclarées s'appliquent aux deux sections.

176,1), l'accès routier aux zones urbaines (RC = 7,6; IC à 95 % : 1,2 à 51,5) et l'accès à un réseau de transport en commun (RC = 3,9; IC à 95 % : 1,5 à 9,9) se sont tous révélés associés à un taux réduit d'insécurité alimentaire des ménages, tandis que le fait de vivre dans une collectivité géographiquement compacte ne l'était pas⁵⁶.

Programmes de jardinage

Dans une étude transversale analytique menée à l'Île-du-Prince-Édouard, Sandha et al. ont comparé le degré d'insécurité alimentaire des ménages chez les mères d'enfants de moins de 7 ans qui avaient participé à un programme de jardinage du Centre de ressources pour la famille et celui de mères d'enfants du même âge qui n'y avaient pas participé. Les auteurs ont fait état d'aucune relation entre l'insécurité alimentaire des ménages et la participation au programme de jardinage⁵³.

Programmes d'alimentation scolaire

Dans une étude transversale, Roustit et al. ont évalué les programmes de supplément alimentaire d'écoles primaires et secondaires du Québec et n'ont relevé aucun lien entre l'exposition à ces programmes

et l'insécurité alimentaire des ménages⁵⁴. Dans les écoles n'offrant pas de programme de supplément, 10,4 % des élèves étaient en situation d'insécurité alimentaire, alors que cette proportion était de 12,7 % dans les écoles offrant un programme de supplément (p = 0,22)⁵⁴.

Interventions d'aide alimentaire

Trois études évaluant quatre interventions d'aide alimentaire ont été retenues⁵⁷⁻⁵⁹. Ces interventions relevaient de modèles de banques alimentaires classiques (où les clients des banques alimentaires reçoivent périodiquement un panier alimentaire, habituellement une fois par mois) et de programmes d'aide alimentaire non traditionnelle (où les participants peuvent, par exemple, « faire l'épicerie » à une banque alimentaire ou participer à des programmes de cuisine communautaire).

Dans une étude qui a évalué les variations de l'insécurité alimentaire des ménages sur 9 mois, Roncarolo et al. ont constaté que l'insécurité alimentaire des ménages grave avait significativement diminué chez les participants de Montréal (Québec) ayant eu recours à une banque alimentaire classique (de 89,6 % à 61,1 %;

RC = 0,27; IC à 95 % = 0,14 à 0,54 pour les ménages en situation d'insécurité alimentaire grave), mais n'avait pas significativement diminué chez ceux ayant participé à des interventions non traditionnelles (cuisines communautaires, jardins communautaires ou groupes d'achat)⁵⁹.

Dans une étude longitudinale, Rizvi et al. ont constaté que la plupart des personnes ayant recours aux banques alimentaires d'Ottawa (Ontario) souffraient d'insécurité alimentaire au départ et demeuraient en situation d'insécurité alimentaire au suivi de 18 mois, bien qu'il y ait eu une légère tendance à la baisse de la proportion de personnes en situation d'insécurité alimentaire grave (de 38,5 % à 24,6 %; aucune mesure de signification statistique n'a été mentionnée⁵⁸).

Dans une étude sur les familles à faible revenu ayant recours aux banques alimentaires de Toronto (Ontario), Loopstra et Tarasuk ont indiqué que 13,0 % d'entre elles n'étaient plus en situation d'insécurité alimentaire grave, 40,7 % le demeuraient et 9,3 % s'étaient retrouvées en situation d'insécurité alimentaire grave un

TABEAU 2
Résumé des résultats d'études analysant l'effet de l'exposition aux interventions axées sur l'alimentation sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada, selon le type de programme (QP1)

Premier auteur, année de publication Plan d'étude (nombre d'études)	Population	Critère d'évaluation (degré d'insécurité alimentaire)	Nombre de participants (n)		Effet		Certitude des données probantes
	Période de collecte des données		Exposés à l'intervention	Non exposés à l'intervention	Ampleur de l'effet	Sens de l'effet	
Programmes de bons alimentaires							
Aktary, 2024 ⁵⁰ Essai comparatif randomisé	Population adulte à faible revenu en Colombie-Britannique 2019	IAM totale (négligeable, moyenne et grave)	143	142	Après l'intervention : RC = 0,21 (0,06 à 0,70); Suivi à 16 semaines : RC = 0,29 (0,09 à 0,96)	Intervention avantageuse (participation au programme de bons alimentaires échangeables aux marchés fermiers)	Moyenne ^{a,b}
Heasley, 2021 ⁵¹ Plan avant-après à un seul groupe	Ménages en situation d'insécurité alimentaire à Guelph (Ontario) 2019-2020	IAM totale (négligeable, moyenne et grave)	60	S.O.	RC = 0,18 (0,07 à 0,50)	Intervention avantageuse (participation au programme de bons alimentaires sur ordonnance)	Faible ^{a,b,c}
Programmes de paniers alimentaires							
Miewald, 2012 ⁵² Cohorte (plan avant-après à deux groupes)	Ménages à faible revenu en Colombie-Britannique 2008	Moyenne et grave	46	44	Aucun effet	S.O.	Faible ^{a,b,c}
Programmes de jardinage							
Sandha, 2021 ⁵³ Étude transversale analytique	Population générale de l'Île-du-Prince-Édouard 2013	IAM totale (négligeable, moyenne et grave)	104	175	Aucun effet	S.O.	Faible ^{a,b,c}
Programmes d'alimentation scolaire							
Roustit, 2010 ⁵⁴ Étude transversale analytique	Enfants et adolescents en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire dans la population générale du Québec 1999	Moyenne et grave	678	1 524	Aucun effet	S.O.	Faible ^{a,c}
Interventions axées sur la chasse et la pêche destinées aux collectivités autochtones ^d							
Blanchet, 2021 ⁵⁵ Étude transversale analytique	Adultes du peuple Syilx de la Nation Okanagan 2018	IAM totale (négligeable, moyenne et grave)	612	88	Aucun effet	S.O.	Faible ^{a,c,e}
Thompson, 2012 ⁵⁶ Étude transversale analytique	Adultes de collectivités éloignées du nord du Manitoba 2008-2012	Moyenne et grave					

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Résumé des résultats d'études analysant l'effet de l'exposition aux interventions axées sur l'alimentation sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada, selon le type de programme (QP1)

Premier auteur, année de publication Plan d'étude (nombre d'études)	Population	Critère d'évaluation (degré d'insécurité alimentaire)	Nombre de participants (n)		Effet		Certitude des données probantes
	Période de collecte des données		Exposés à l'intervention	Non exposés à l'intervention	Ampleur de l'effet	Sens de l'effet	
Interventions d'aide alimentaire ^f							
Loopstra, 2012 ⁵⁷ Cohorte (plan avant-après à deux groupes) 2005-2007; 2006-2008	Familles à faible revenu vivant à Toronto (Ontario)	Moyenne et grave	85	286	Aucun effet	S.O.	Faible ^{a,c,e}
Roncarolo, 2016 ⁵⁹ Cohorte longitudinale (à deux groupes) 2011-2012	Personnes qui ont eu recours aux banques alimentaires à Montréal (Québec)	Moyenne et grave	372 (banques alimentaires classiques)	78 (interventions non traditionnelles, telles que cuisines communautaires, jardins communautaires, groupes d'achat)	RC = 0,44 (0,29 à 0,67) [pour les banques alimentaires classiques] Aucun effet (pour les programmes non traditionnels)	Intervention avantageuse (banque alimentaire classique)	
Rizvi, 2021 ^{58,g} Cohorte longitudinale (à un seul groupe) 2017-2019	Personnes qui ont eu recours aux banques alimentaires communautaires à Ottawa (Ontario)	Moyenne et grave	401	S.O.	Aucun effet	S.O.	

Abréviations : IAM, insécurité alimentaire des ménages; GRADE, Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation; RC, rapport de cotes; S.O., sans objet.

^a Caractère indirect : population à l'étude non représentative de la population générale.

^b Imprécision : la taille optimale de l'information n'est pas atteinte.

^c Risque de biais : l'étude présentait soit un risque élevé de biais, soit certains aspects préoccupants quant au risque de biais.

^d La population, l'intervention, les critères d'évaluation et le plan d'étude ont été jugés suffisamment semblables pour que ces études soient agrégées.

^e Incohérence : incohérence des estimations de l'effet et du sens de l'effet.

^f Pour l'évaluation de la qualité des données probantes, ces études ont été traitées comme un seul groupe, car les populations et les interventions sont suffisamment semblables pour les cotes GRADE. Les données n'ont pas été agrégées en raison de la différence entre les plans d'étude.

^g Rizvi et al.⁵⁸ ont réalisé une étude longitudinale, mais ont également évalué les données agrégées de tous les points d'analyse.

an après le début de l'étude, soit une variation nette de 3,7 %⁵⁷.

Taux d'utilisation des programmes d'aide alimentaire chez les ménages en situation d'insécurité alimentaire (QP2)

Onze études^{57,60,62-70} ont fait état de taux de recours aux interventions d'aide alimentaire chez les ménages en situation d'insécurité alimentaire.

Le taux de ménages en situation d'insécurité alimentaire ayant eu recours à un organisme d'aide alimentaire dépendait de la gravité de l'insécurité alimentaire et du groupe de population (tableau 3; figure 2). Les ménages en situation d'insécurité alimentaire grave avaient généralement recours à des programmes d'aide alimentaire plus souvent que ceux présentant un degré

moyen d'insécurité alimentaire des ménages (figure 2). Le taux d'utilisation des programmes d'aide alimentaire était le plus élevé chez les personnes vivant en situation de précarité de logement ou d'itinérance (tableau 3; [document supplémentaire F](#) [en anglais seulement]).

Fréquence d'utilisation des programmes d'aide alimentaire chez les ménages en situation d'insécurité alimentaire (QP2)

Six études^{57,58,60,62,66,68} ont évalué la fréquence d'utilisation des interventions d'aide alimentaire par les personnes en situation d'insécurité alimentaire. Bien qu'il n'y ait pas eu de résultats uniformes quant à la fréquence du recours à l'aide ou aux banques alimentaires, il est apparu clairement que la fréquence de ce recours par les ménages en situation d'insécurité

alimentaire était faible (tableau 4). Les jeunes de 16 à 24 ans en situation d'itinérance semblent avoir recours plus souvent aux programmes de distribution de repas (soupes populaires, véhicules d'intervention directe, centres d'accueil, refuges) que les ménages en situation d'insécurité alimentaire.

Analyse

L'objectif de cette revue systématique était de faire la synthèse des données probantes sur les interventions axées sur l'alimentation visant à atténuer l'insécurité alimentaire des ménages, compte tenu de l'importance de cet indicateur pour les politiques sociales et la santé de la population. Cette revue a permis d'obtenir peu de données probantes (qualité faible) au sujet des interventions évaluant l'efficacité

TABEAU 3
Synthèse des résultats sur le taux d'utilisation des programmes d'aide alimentaire par les ménages en situation d'insécurité alimentaire selon le degré d'insécurité alimentaire des ménages, Canada (QP2) (n = 11)

Premier auteur, année de publication Plan d'étude	Période de collecte des données	Taille de l'échantillon (n) ^a		Sous-total de la méta-analyse (%) ^a	Interprétation de l'effet	Cote GRADE
		A eu recours à l'aide alimentaire	N'a pas eu recours à l'aide alimentaire			
Insécurité alimentaire négligeable, moyenne ou grave						
Tarasuk, 2020 ⁶⁹ Étude transversale	2008					
Loopstra, 2012 ⁵⁷ Étude transversale	2005-2007; 2006-2008				Une faible proportion des ménages en situation d'insécurité alimentaire a eu recours à l'aide alimentaire	Moyenne ^{b,c}
Men, 2021 ⁶⁶ Étude transversale	2020	276	1 342	21		
Daly, 2023 ⁶⁰ Étude transversale	2020-2021					
MacBain, 2023 ⁶³ Étude transversale	2021					
Ménages en situation d'insécurité alimentaire moyenne						
Loopstra, 2012 ⁵⁷ Étude transversale	2005-2007; 2006-2008				Une faible proportion des ménages en situation d'insécurité alimentaire a eu recours à l'aide alimentaire	Faible ^{c,d,e}
Kirkpatrick, 2009 ⁶² Étude transversale	2005-2007	63	237	21		
Ménages en situation d'insécurité alimentaire grave et faim chez les enfants						
McIntyre, 2012 ⁶⁵ Étude transversale répétée	1996-1997; 2006-2007					
Loopstra, 2012 ⁵⁷ Étude transversale	2005-2007; 2006-2008				Une faible proportion des ménages en situation d'insécurité alimentaire a eu recours à l'aide alimentaire	Moyenne ^{c,d}
Kirkpatrick, 2009 ⁶² Étude transversale	2005-2007	230	427	35		
McIntyre, 2000 ⁶⁴ Étude transversale	1994					
Ménages en situation d'insécurité alimentaire moyenne ou grave au sein de populations immigrantes						
Vahabi, 2011 ⁷⁰ Étude transversale	2008	34	5	90	Une forte proportion de cette population immigrante a eu recours à l'aide alimentaire	Faible ^{b,c,e}
Populations en situation d'itinérance et d'insécurité alimentaire négligeable, moyenne ou grave						
Parpouchi, 2016 ⁶⁷ Étude transversale	2009-2011				Une très forte proportion de personnes en situation d'itinérance ont eu recours à l'aide alimentaire	Élevée ^c
Tarasuk, 2009 ⁶⁸ Étude transversale	2003	431	101	83		

Abréviations : GRADE, Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation; IAM, insécurité alimentaire des ménages.

^a Représente les données agrégées de la méta-analyse (voir la figure 2).

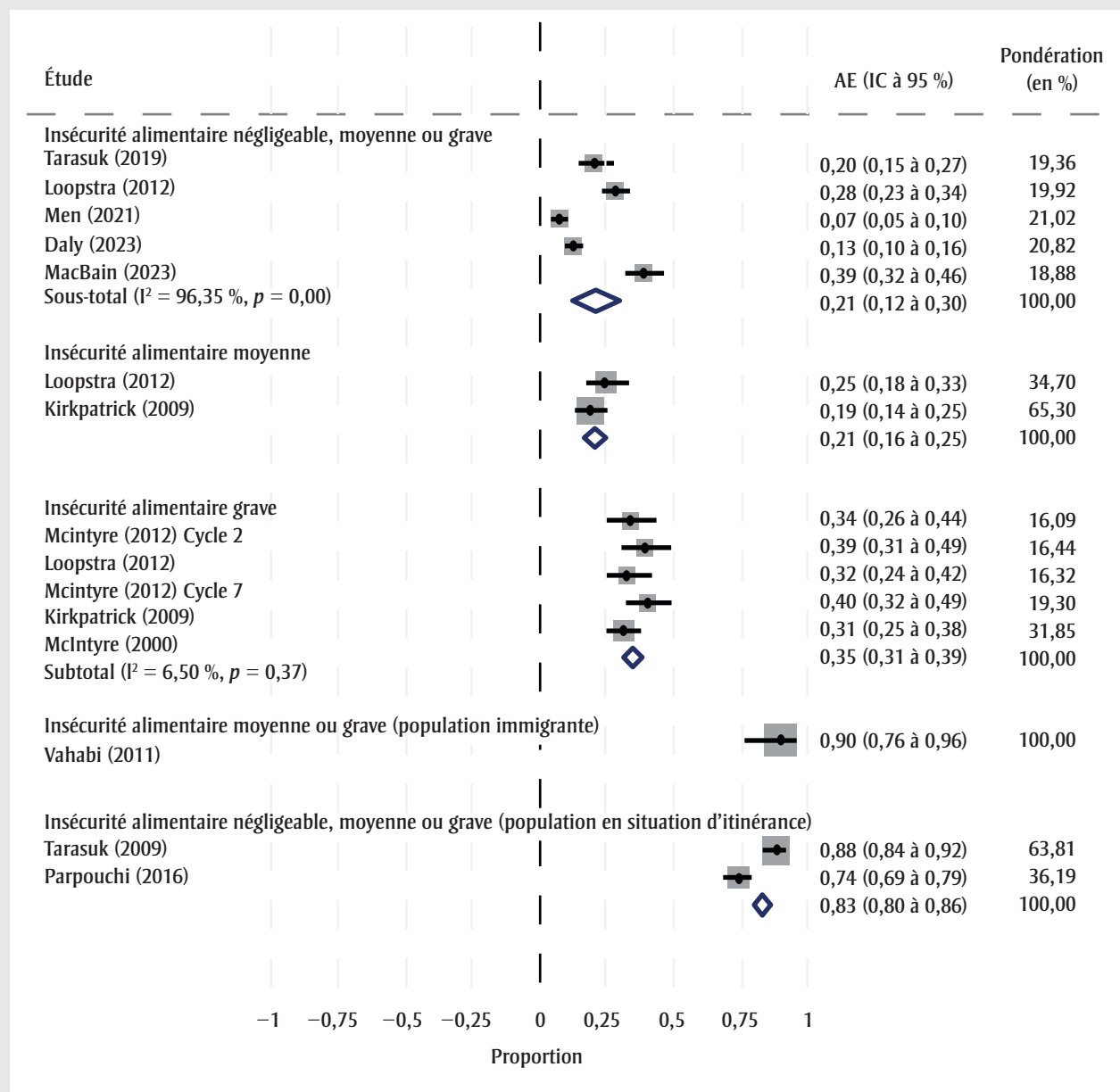
^b Incohérence : incohérence des estimations de l'effet et du sens de l'effet.

^c Caractère indirect : population à l'étude non représentative de la population générale.

^d Risque de biais : l'étude présentait soit un risque élevé ou moyen de biais, soit certains aspects préoccupants quant au risque de biais.

^e Imprécision : la taille optimale de l'information n'est pas atteinte.

FIGURE 2
Graphique en forêt du taux d'utilisation des programmes d'aide alimentaire
selon le degré d'insécurité alimentaire des ménages, Canada (QP2)



Abréviations : AE, ampleur de l'effet; I^2 , mesure d'hétérogénéité; IAM, insécurité alimentaire des ménages; IC, intervalle de confiance.

des stratégies axées sur l'alimentation dans l'atténuation de l'insécurité alimentaire des ménages, à l'exception des programmes de bons alimentaires, pour lesquels il existe certaines données probantes de qualité moyenne en faveur de cette intervention. Il est à noter qu'aucune donnée probante n'a été trouvée pour certaines stratégies, par exemple les clubs des petits déjeuners ou les programmes de popote roulante. Chaque catégorie d'intervention

est abordée séparément dans les sous-sections suivantes.

Interventions d'aide alimentaire

Des données probantes de qualité faible indiquent que les interventions d'aide alimentaire semblent avoir un effet mineur ou nul sur l'insécurité alimentaire des ménages. Une explication possible est que l'insécurité alimentaire des ménages n'est

pas une mesure de l'accès à la nourriture mais une mesure de la défavorisation économique absolue. Un ménage qui n'a pas les moyens d'acheter de la nourriture ne peut probablement pas se permettre d'acheter les médicaments essentiels ou de payer le loyer, l'électricité, l'eau et d'autres nécessités. Étant donné que la nourriture est un besoin humain fondamental, l'insécurité alimentaire des ménages est un indicateur probant des ressources

TABEAU 4
Synthèse des résultats sur la fréquence d'utilisation des programmes d'aide alimentaire, Canada (QP2) (n = 6)

Premier auteur, année de publication Plan d'étude Population	Degré d'insécurité alimentaire	Taille de la population en situation d'insécurité alimentaire (n)	Pourcentage de la population en situation d'insécurité alimentaire (%)	Fréquence	Cote GRADE
Holmes, 2019 ⁶¹ Étude transversale Ménages en situation d'insécurité alimentaire	Grave	43	70 68 64	Faible (< 1 visite par mois) Moyenne (1 ou 2 visites par mois) Élevée (> 2 visites par mois)	Faible ^{b,c,d}
Kirkpatrick, 2009 ⁶² Étude transversale Ménages en situation d'insécurité alimentaire	Moyenne Grave Moyenne Grave	182 134 182 134	18,7 40,3 5 6,7	A fréquenté une banque alimentaire au moins une fois au cours des 12 mois précédents A fréquenté une banque alimentaire au moins une fois au cours de 10 des 12 mois précédents	
Loopstra, 2012 ⁵⁷ Étude transversale Ménages en situation d'insécurité alimentaire	Négligeable Moyenne Grave	47 118 112	10 27 39	A fréquenté une banque alimentaire au moins une fois au cours des 12 mois précédents	
Men, 2021 ⁶⁶ Étude transversale Ménages en situation d'insécurité alimentaire	IAM totale (négligeable + moyenne + grave)	540	7,4 4,3	A reçu de l'aide alimentaire au moins une fois au cours des 30 jours précédents A reçu de l'aide alimentaire plus d'une fois au cours des 30 jours précédents	
Rizvi, 2021 ⁵⁸ Étude transversale ^a Ménages en situation d'insécurité alimentaire	Négligeable Moyenne Grave Négligeable Moyenne Grave Négligeable Moyenne Grave	226 444 408 226 444 408 226 444 408	24,3 22,6 22,0 22,6 17,7 50,4 45,6 50,4 47,2	A fréquenté une banque alimentaire 1 fois au cours des 3 mois précédents A fréquenté une banque alimentaire 2 fois au cours des 3 mois précédents A fréquenté une banque alimentaire 3 fois ou plus au cours des 3 mois précédents	
Tarasuk, 2009 ⁶⁸ Étude transversale Jeunes femmes en situation d'itinérance	Moyenne et grave	112	27 38 21	A eu recours à un programme de distribution de repas 1 ou 2 jours au cours des 7 jours précédents A eu recours à un programme de distribution de repas 3, 4 ou 5 jours au cours des 7 jours précédents A eu recours à un programme de distribution de repas 6 ou 7 jours au cours des 7 jours précédents	Moyenne ^e
Tarasuk, 2009 ⁶⁸ Étude transversale Jeunes hommes en situation d'itinérance			22 57 11	A eu recours à un programme de distribution de repas 1 ou 2 jours au cours des 7 jours précédents A eu recours à un programme de distribution de repas 3, 4 ou 5 jours au cours des 7 jours précédents A eu recours à un programme de distribution de repas 6 ou 7 jours au cours des 7 jours précédents	

Abréviations : GRADE, Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation; IAM, insécurité alimentaire des ménages.

^a Rizvi et al.⁵⁸ ont réalisé une étude longitudinale, mais ont également évalué les données agrégées de tous les points d'analyse.

^b Risque de biais : l'étude présentait soit un risque élevé ou moyen de biais, soit certains aspects préoccupants quant au risque de biais.

^c Incohérence : incohérence des estimations de l'effet et du sens de l'effet.

^d Caractère indirect : population à l'étude non représentative de la population générale.

^e Imprécision : la taille optimale de l'information n'est pas atteinte.

économiques d'un ménage. Ainsi, l'insécurité alimentaire des ménages ne reflète pas l'incapacité à se procurer de la nourriture, mais constitue plutôt une mesure de l'insécurité économique. Il est possible que le fait de recevoir de l'aide alimentaire ait très peu d'incidence sur les ressources financières ou la situation économique. Cela fait ressortir la nécessité d'une réponse économique globale au problème de l'insécurité alimentaire des ménages.

Une autre explication possible de cette absence d'effet sur l'insécurité alimentaire des ménages est que les programmes d'aide alimentaire ont une capacité limitée à aider un ménage en particulier. Ces programmes ne constituent pas une stratégie régulière et fiable à long terme pour faire face aux difficultés, et il est peu probable qu'ils contribuent à réduire le degré d'insécurité alimentaire des ménages étant donné que les ménages ont besoin de s'alimenter tous les jours. Le maintien de ce degré d'accès aux banques alimentaires ne constitue probablement pas une option viable sur le plan économique⁷¹, car les programmes d'aide alimentaire ne disposent pas des ressources nécessaires pour répondre indéfiniment aux besoins alimentaires des clients.

Cette revue systématique a révélé que moins de 40 % des ménages en situation d'insécurité alimentaire grave ont recours aux banques alimentaires et que la plupart des ménages qui y ont recours le font très rarement. Ce faible taux d'utilisation peut s'expliquer par le fait que les ménages en situation d'insécurité alimentaire sont conscients que les programmes d'aide alimentaire ne peuvent leur fournir qu'une aide limitée. Cela peut être dû par exemple à des heures d'ouverture peu commodes ou en raison d'une quantité, d'une qualité ou d'une variété faibles des aliments dont ils ont besoin ou qu'ils préfèrent. Notre revue systématique a également révélé qu'une augmentation de la gravité de l'insécurité alimentaire des ménages est associée à un recours accru aux banques alimentaires. Cette observation concorde avec les résultats d'études antérieures qui ont montré que la faible utilisation de ces programmes découle probablement de la dynamique au sein du ménage (par exemple la situation économique ou les stratégies d'adaptation, comme emprunter de la nourriture et de l'argent à des amis et à la famille) qui amène les gens à n'avoir recours aux programmes d'aide alimentaires que lorsqu'ils atteignent la limite de leur capacité^{57,65}.

La prise de conscience que le recours aux banques alimentaires entraîne de la stigmatisation a mené, avec d'autres raisons, à l'élaboration d'interventions d'aide alimentaire non traditionnelles⁵⁹, mais on manque de données probantes indiquant que ces programmes réduisent l'insécurité alimentaire des ménages. Les résultats de cette revue systématique remettent également en question le rôle des banques alimentaires en particulier et des programmes d'aide alimentaire en général dans la lutte contre l'insécurité alimentaire. Bien que cela dépasse la portée de cette revue, l'observation que les programmes d'aide alimentaire demeurent l'option dominante en réponse à l'insécurité alimentaire des ménages devrait idéalement être étudiée par des spécialistes des sciences sociales.

Nous avons constaté que la proportion de personnes ayant recours à des programmes d'aide alimentaire était beaucoup plus élevée au sein des populations en situation d'itinérance, ce qui peut révéler l'absence d'autres stratégies d'adaptation à leur disposition. Il est important de noter que même si le taux d'utilisation des programmes d'aide alimentaire est élevé, cette population souffre toujours d'insécurité alimentaire grave et chronique. Il est nécessaire d'adopter une stratégie globale de réduction de l'insécurité alimentaire des ménages plutôt qu'une approche axée uniquement sur l'alimentation⁶⁷. Ce constat est corroboré par une récente revue systématique qui a porté sur l'expérience de l'insécurité alimentaire des ménages chez les personnes en situation d'itinérance dans les pays à revenu élevé⁷². Easton et al. ont constaté que les personnes en situation d'itinérance se trouvent dans un système qui perpétue l'insécurité alimentaire par l'oppression (les inégalités structurelles et l'institutionnalisme dans la recherche d'un logement adéquat), l'incapacité à répondre aux besoins de base, le manque d'installations pour la préparation des repas et les obstacles à l'aide alimentaire, comme le fait de ne pas avoir d'adresse ou de pièce d'identité⁶⁷. Il est important de voir au-delà des interventions axées sur l'alimentation pour résoudre la question plus vaste de la défavorisation extrême des populations en situation d'itinérance.

Les principales raisons de la qualité faible des données probantes concernant l'effet des programmes d'aide alimentaire sur l'insécurité alimentaire des ménages relèvent des limites des plans d'étude (incapacité à

tenir compte des interventions concomitantes en dehors des paramètres de l'étude), de la petite taille des échantillons à l'étude et du taux élevé d'abandon. Les grandes études longitudinales prospectives de cohorte, comme l'étude *Parcours au Québec*⁷³, contribueront à identifier les effets à long terme des programmes d'aide alimentaire sur l'insécurité alimentaire. En l'absence de base de données probantes solides pour ces types d'interventions, leur effet sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada reste à confirmer. Le Bureau du vérificateur général du Canada est arrivé à une conclusion similaire dans son examen de 2021 des sommes versées aux programmes d'aide alimentaire par le gouvernement du Canada pendant la pandémie pour atténuer l'insécurité alimentaire des ménages⁷⁴. Cette évaluation a permis d'établir que le manque de données et de mesures de rendement signifiait que les ministères et les organismes vérifiés par le Bureau ne savaient pas si les initiatives avaient atteint toutes leurs cibles de réduction de l'insécurité alimentaire des ménages⁷⁴. Bien qu'un manque de données probantes ne signifie pas que les programmes aient été inefficaces, de plus en plus de données indiquent que la mise en œuvre de politiques publiques plus globales axées sur le soutien du revenu et les facteurs économiques de base permet de réduire efficacement l'insécurité alimentaire des ménages³⁹. Les données probantes vont donc dans le sens d'une approche par politique publique globale qui traite des facteurs économiques aux racines de ce problème au Canada.

Programmes de paniers alimentaires

Les données probantes présentées dans cette revue systématique semblent indiquer que les programmes de paniers alimentaires qui fournissent régulièrement des aliments frais pourraient n'avoir aucun effet sur l'insécurité alimentaire des ménages. Les répercussions à long terme de ces programmes sur l'insécurité alimentaire des ménages semblent limitées à la durée des interventions, qui exigent par ailleurs un apport monétaire soutenu et considérable pour offrir régulièrement une quantité suffisante d'aliments frais aux participants du programme⁷¹. Cela est probablement dû au fait que ces interventions, comme toutes les interventions axées sur l'alimentation évaluées dans cette revue systématique, ne s'attaquent pas aux causes sous-jacentes de l'insécurité

alimentaire des ménages en tant que marqueur de défavorisation économique.

Programmes de bons alimentaires

Notre revue systématique a révélé que les programmes de bons alimentaires peuvent réduire l'insécurité alimentaire des ménages à faible revenu pendant la durée de l'intervention. Ce résultat concorde avec ceux de deux autres revues systématiques qui ont évalué des interventions visant à réduire l'insécurité alimentaire des ménages au Canada et aux États-Unis^{75,76}. Ces revues systématiques ont révélé que les bons alimentaires étaient associés à une diminution statistiquement significative de l'insécurité alimentaire des ménages autant dans la population générale que dans les populations à l'étude^{75,76}. La remise de bons d'achat aux ménages peut constituer un moyen de leur fournir les ressources économiques nécessaires pour acheter des aliments adaptés à leur culture et ainsi augmenter leur pouvoir d'achat.

Étant donné le faible nombre d'études ayant évalué des programmes de bons alimentaires, d'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces programmes ainsi que la relation dose-réponse entre, d'une part, la durée, la fréquence d'exposition, la viabilité à long terme et la valeur monétaire de ces interventions et, d'autre part, l'état d'insécurité alimentaire.

Interventions destinées aux collectivités autochtones

Notre revue systématique a relevé des données probantes de qualité faible sur l'effet des programmes de chasse et pêche sur l'insécurité alimentaire des ménages dans les collectivités autochtones. L'insécurité alimentaire au sein des populations autochtones varie entre 48 % dans les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves et 57 % chez les Inuits du Nunavut⁷⁷. Compte tenu de ces taux disproportionnellement élevés d'insécurité alimentaire des ménages, il est essentiel de trouver des solutions réalisables adaptées à la culture qui valorisent les savoirs autochtones. Des revues antérieures ont analysé des programmes et des interventions par politique s'adressant aux populations autochtones^{39,78}, tandis que Drysdale et al. ont réalisé une synthèse des interventions visant à réduire l'insécurité alimentaire des ménages dans

les régions éloignées du Canada ainsi qu'en Australie et aux États-Unis⁷⁹.

Programmes de jardinage

Bien que de nombreuses études aient évalué les bienfaits potentiels des interventions de jardinage, très peu d'entre elles ont mesuré l'effet de ces programmes sur l'insécurité alimentaire des ménages à l'aide d'une échelle de mesure validée. Dans une revue systématique de 2022 qui a évalué les répercussions des jardins communautaires sur la santé au Canada, au Japon, aux Pays-Bas, en Afrique du Sud, au Royaume-Uni et aux États-Unis, Hume et al. ont tiré la conclusion que les jardins communautaires n'ont probablement pas d'incidence sur l'insécurité alimentaire des ménages, même si ce paramètre n'était pas directement mesuré⁸⁰. Les études futures dans ce domaine devraient inclure une mesure validée de l'insécurité alimentaire des ménages permettant d'évaluer la dimension de l'utilisation des jardins communautaires et de l'agriculture urbaine.

Programmes d'alimentation scolaire

Bien que les programmes d'alimentation scolaire soient souvent présentés comme un mécanisme important permettant de réduire la faim et l'insécurité alimentaire chez les jeunes⁸¹, il existe très peu de données probantes sur leur effet sur l'insécurité alimentaire des ménages. En effet, la plupart des études sur les programmes alimentaires en milieu scolaire extraites dans le cadre de cette revue systématique n'ont pas été retenues, car elles ne faisaient pas état de l'insécurité alimentaire des ménages. Deux revues récemment réalisées par les services de santé de l'Alberta et par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ont révélé, chacune de leur côté, que les programmes d'alimentation scolaire n'atténuent pas l'insécurité alimentaire des ménages^{82,83}. L'autorité de la santé publique de la Nouvelle-Écosse a conclu que les programmes d'alimentation en milieu scolaire « ne sont pas une solution appropriée ou durable à l'insécurité alimentaire des ménages, car ils ne s'attaquent pas à ses causes profondes, principalement un revenu insuffisant »^{83, p.5} [traduction]. Ces programmes peuvent toutefois être utiles dans l'atteinte d'autres résultats, comme l'amélioration des comportements alimentaires et des compétences essentielles en matière de littératie

alimentaire (apprentissage, culture et normes sociales)⁸⁴.

Limites des études retenues et recommandations de recherches futures à mener

Données limitées

Parmi les études analysées, très peu ont utilisé une échelle validée pour évaluer l'effet d'une intervention axée sur l'alimentation sur l'insécurité alimentaire des ménages ou des notions liées à la faim, même si l'objectif déclaré était de réduire l'insécurité alimentaire des ménages. Les études futures ainsi que les programmes gouvernementaux visant à accroître l'efficacité des interventions axées sur l'alimentation devraient intégrer une mesure de l'insécurité alimentaire des ménages dans leurs évaluations.

Variabilité des interventions

La grande variabilité dans la conception et l'administration des interventions fait qu'il était difficile de mesurer leur incidence sur l'insécurité alimentaire des ménages. Il serait utile de mener des études qui évaluent l'efficacité de mises en œuvre différentes d'interventions similaires. Les auteurs qui publient des études sur des programmes d'aide alimentaire devraient décrire minutieusement l'intervention elle-même, la mise en œuvre de l'intervention et toute variation possible. Le nombre restreint d'études n'a pas permis d'évaluer les variations entre différentes administrations. Cependant, comme de plus en plus d'écarts sont observés entre les provinces dans la prévalence et la gravité de l'insécurité alimentaire¹, il pourrait être important que les études futures tiennent compte des politiques sous-tendant ces interventions axées sur l'alimentation.

Type d'études retenues

L'une des principales limites de cette revue systématique est le risque élevé de biais des études évaluées, qui sont pour la plupart observationnelles, ainsi que la difficulté à mettre en œuvre un essai expérimental évaluant l'efficacité des interventions axées sur l'alimentation sur l'insécurité alimentaire des ménages. Le risque élevé de biais était attribuable à la présence de facteurs de confusion (5 études sur 9) et au taux élevé de données manquantes en raison d'un taux élevé d'abandon et de perte lors du suivi (4 études sur 9). L'évaluation de l'efficacité de ces interventions (évaluée au moyen du taux d'utilisation réel) demeure également problématique.

Omission potentielle d'études

Dans cette revue systématique, nous n'avons fait la synthèse que des données probantes accessibles au public. Il est donc possible que nous ayons omis des données sur d'autres types d'interventions axées sur l'alimentation qui n'ont pas été publiées (comme les clubs des petits déjeuners). De plus, il est important que la littérature fasse état des études montrant un effet nul ou négatif, afin de fournir un portrait de la situation plus complet.

Conclusion

Alors que les interventions axées sur l'alimentation existent depuis plus de 40 ans⁸⁵, nous n'avons pu extraire que dix études ayant évalué l'efficacité de ces interventions sur l'insécurité alimentaire des ménages ou bien une notion liée à la faim. Lors de la catégorisation des interventions axées sur l'alimentation (programmes d'alimentation scolaire, programmes d'aide alimentaire), nous avons constaté qu'il y avait très peu d'études, voire dans certains cas aucune, sur les modèles de programme qui sont pourtant particulièrement importants au Canada, comme les clubs des petits déjeuners pour enfants ou les programmes de popote roulante.

La qualité des données probantes indiquant que les interventions axées sur l'alimentation ont un effet sur l'insécurité alimentaire des ménages est faible, ce qui laisse entendre que ces interventions n'ont peut-être pas d'effet réel sur l'insécurité alimentaire des ménages. Étant donné que l'insécurité alimentaire des ménages est très répandue et qu'il s'agit d'un marqueur de défavorisation économique, il est peu probable qu'une intervention axée sur l'alimentation ait une grande incidence sur l'insécurité alimentaire des ménages globale, qui est avant tout un problème d'ordre économique. De nouvelles données probantes laissent entendre que des politiques publiques globales sont nécessaires pour atténuer l'insécurité alimentaire des ménages³⁹.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Bernard Choi, Janet Potvin et Genevieve Gariépy, de l'Agence de la santé publique du Canada au moment de leur participation, pour avoir contribué au processus de sélection des études, Mallory Drysdale et Prinon Rahman pour avoir aidé à évaluer le risque de biais ainsi que Kate Morissette

pour avoir aidé à mener le processus GRADE. Nous tenons à remercier les bibliothécaires de Santé Canada pour leur aide dans la conception et la mise en œuvre de la stratégie de recherche, ainsi que les bibliothécaires de l'Agence de la santé publique du Canada pour la recherche actualisée.

Financement

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

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

LI : conception, recherche, analyse formelle, méthodologie, administration du projet, supervision, validation, rédaction de la première version manuscrit, relectures et révisions.

CL : Analyse formelle, recherche, extraction de données, administration du projet, logiciel, rédaction de la première version manuscrit, relectures et révisions.

TC : Analyse formelle, recherche, rédaction – version initiale, relectures et révisions.

VE : recherche, rédaction de la première version manuscrit, relectures et révisions.

AC : recherche, rédaction de la première version manuscrit, relectures et révisions.

SK : recherche, relectures et révisions.

LM : conception, validation, supervision, rédaction de la première version manuscrit, relectures et révisions.

VT : conception, validation, supervision, rédaction de la première version manuscrit, relectures et révisions.

AJG : conception, méthodologie, supervision, relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; les points de vue ne correspondent

pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

References

1. Li T, Fafard St-Germain AA, Tarasuk V. Household food insecurity in Canada, 2022 [Internet]. Toronto (Ont.) : Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF); 2023. En ligne à : <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2023/11/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2022-PROOF.pdf>
2. Tugault-Lafleur CN, Barr SI, Black JL. Examining differences in school hour and school day dietary quality among Canadian children between 2004 and 2015. *Public Health Nutr.* 2019;22(16):3051-3062. <https://doi.org/10.1017/s1368980019000788>
3. Hosseini SH, Jones JM, Vatanparast H. Association between grain intake, nutrient intake, and diet quality of Canadians: evidence from the Canadian Community Health Survey–Nutrition 2015. *Nutrients.* 2019;11(8):1937. <https://doi.org/10.3390/nu11081937>
4. Hosseini SH, Papanikolaou Y, Islam N, Rashmi P, Shamloo A, Vatanparast H. Consumption patterns of grain-based foods among adults in Canada: evidence from Canadian Community Health Survey–Nutrition 2015. *Nutrients.* 2019;11(4):784. <https://doi.org/10.3390/nu11040784>
5. Vatanparast H, Islam N, Shafiee M, Ramdath DD. Increasing plant-based meat alternatives and decreasing red and processed meat in the diet differentially affect the diet quality and nutrient intakes of Canadians. *Nutrients.* 2020;12(7):2034. <https://doi.org/10.3390/nu12072034>
6. Kirkpatrick SI, Tarasuk V. Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents. *J Nutr.* 2008;138(3):604-612. <https://doi.org/10.1093/jn/138.3.604>
7. Orr SK, Dachner N, Frank L, Tarasuk V. Relation between household food insecurity and breastfeeding in Canada. *CMAJ.* 2018;190(11):E312-319. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170880>

8. Tait CA, L'Abbé MR, Smith PM, Rosella LC. The association between food insecurity and incident type 2 diabetes in Canada: a population-based cohort study. *PLoS One*. 2018; 13(5):e0195962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195962>
9. Jessiman-Perreault G, McIntyre L. Household food insecurity narrows the sex gap in five adverse mental health outcomes among Canadian adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):319. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030319>
10. Tarasuk V, Mitchell A, McLaren L, McIntyre L. Chronic physical and mental health conditions among adults may increase vulnerability to household food insecurity. *J Nutr*. 2013; 143(11):1785-1793. <https://doi.org/10.3945/jn.113.178483>
11. Men F, Elgar FJ, Tarasuk V. Food insecurity is associated with mental health problems among Canadian youth. *J Epidemiol Community Health*. 2021; 75(8):741-748. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-216149>
12. Tarasuk V, Gundersen C, Wang X, Roth DE, Urquia ML. Maternal food insecurity is positively associated with postpartum mental disorders in Ontario, Canada. *J Nutr*. 2020;150(11):3033-3040. <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa240>
13. Muldoon KA, Duff PK, Fielden S, Anema A. Food insufficiency is associated with psychiatric morbidity in a nationally representative study of mental illness among food insecure Canadians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(5):795-803. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0597-3>
14. Davison KM, Marshall-Fabien GL, Tecson A. Association of moderate and severe food insecurity with suicidal ideation in adults: national survey data from three Canadian provinces. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(6):963-972. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1018-1>
15. Ovenell M, Azevedo Da Silva M, Elgar FJ. Shielding children from food insecurity and its association with mental health and well-being in Canadian households. *Can J Public Health*. 2022; 113(2):250-259. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00597-2>
16. Cox J, Hamelin AM, McLinden T, Moodie EE, Anema A, Rollet-Kurhajec KC, et al. Food insecurity in HIV-hepatitis C virus co-infected individuals in Canada: the importance of co-morbidities. *AIDS Behav*. 2017; 21(3):792-802. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1326-9>
17. Men F, Urquia ML, Tarasuk V. Examining the relationship between food insecurity and causes of injury in Canadian adults and adolescents. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1557. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11610-1>
18. Men F, Fischer B, Urquia ML, Tarasuk V. Food insecurity, chronic pain, and use of prescription opioids. *SSM Popul Health*. 2021;14:100768. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100768>
19. Aibibula W, Cox J, Hamelin AM, Mamiya H, Klein MB, Brassard P. Food insecurity and low CD4 count among HIV-infected people: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*. 2016; 28(12):1577-1585. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1191613>
20. Anema A, Chan K, Chen Y, Weiser S, Montaner JS, Hogg RS. Relationship between food insecurity and mortality among HIV-positive injection drug users receiving antiretroviral therapy in British Columbia, Canada. *PLoS One*. 2013;8(5):e61277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061277>
21. Gucciardi E, Vogt JA, DeMelo M, Stewart DE. Exploration of the relationship between household food insecurity and diabetes in Canada. *Diabetes Care*. 2009;32(12):2218-2224. <https://doi.org/10.2337/dc09-0823>
22. Marjerrison S, Cummings EA, Glanville NT, Kirk SF, Ledwell M. Prevalence and associations of food insecurity in children with diabetes mellitus. *J Pediatr*. 2011;158(4):607-611. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.10.003>
23. Tarasuk V, Cheng J, de Oliveira C, Dachner N, Gundersen C, Kurdyak P. Association between household food insecurity and annual health care costs. *CMAJ*. 2015;187(14):E429-436. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150234>
24. Tarasuk V, Cheng J, Gundersen C, de Oliveira C, Kurdyak P. The relation between food insecurity and mental health care service utilization in Ontario. *Can J Psychiatry*. 2018;63(8): 557-569. <https://doi.org/10.1177/0706743717752879>
25. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Food insecurity is associated with higher health care use and costs among Canadian adults. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(8): 1377-1385. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01637>
26. Fitzpatrick T, Rosella LC, Calzavara A, Petch J, Pinto AD, Manson H, et al. Looking beyond income and education: socioeconomic status gradients among future high-cost users of health care. *Am J Prev Med*. 2015; 49(2):161-171. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.018>
27. Anderson KK, Clemens KK, Le B, Zhang L, Comeau J, Tarasuk V, et al. Household food insecurity and health service use for mental and substance use disorders among children and adolescents in Ontario, Canada. *CMAJ*. 2023;195(28):E948-955. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230332>
28. Clemens KK, Le B, Anderson KK, Comeau J, Tarasuk V, Shariff SZ. The association between household food insecurity and healthcare costs among Canadian children. *Can J Public Health*. 2023;115(1):89-98. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00812-2>
29. Gundersen C, Tarasuk V, Cheng J, de Oliveira C, Kurdyak P. Food insecurity status and mortality among adults in Ontario, Canada. *PLoS One*. 2018;13(8): e0202642. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202642>
30. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ*. 2020;192(3): E53-60. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190385>

31. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Sommet mondial de l'alimentation. Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale [Internet]. Rome (IT) : FAO; 1996 [consultation le 25 juin 2025]. En ligne à : <https://www.fao.org/4/w3613f/w3613f00.htm>
32. Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Introduction aux concepts de la sécurité alimentaire [Internet]. Rome (IT) : FAO; 2008. En ligne à : <https://www.fao.org/4/al936f/al936f00.pdf>
33. Loopstra R. Interventions to address household food insecurity in high-income countries. *Proc Nutr Soc*. 2018; 77(3):270-281. <https://doi.org/10.1017/s002966511800006x>
34. Ministère des Finances Canada. Portrait économique et budgétaire 2020. Chapitre 1 : Aperçu du Plan d'intervention économique du Canada pour répondre à la COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 16 mars 2022; consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/services/publications/portrait-economique-budgetaire/aperçu-plan-intervention-economique-canada.html>
35. Statistique Canada. Près de la moitié des Canadiennes et des Canadiens déclarent que la hausse des prix a une grande incidence sur leur capacité d'assumer leurs dépenses quotidiennes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2024 [consultation le 21 avril 2025]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240815/dq240815b-fra.htm>
36. Riches G, dir. First World hunger: food security and welfare politics. Basingstoke (UK) : Palgrave Macmillan; 1997.
37. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al., dir. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, version 6.5 [Internet]. London (UK) : Cochrane; 2024 [consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : www.training.cochrane.org/handbook
38. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
39. Idzerda L, Corrin T, Lazarescu C, Couture A, Vallières E, Khan S, et al. Public policy interventions to mitigate household food insecurity in Canada: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2024;27(1):e83. <https://doi.org/10.1017/s1368980024000120>
40. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
41. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016; 355:i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
42. Higgins JP, Morgan RL, Rooney AA, Taylor KW, Thayer KA, Silva RA, et al. A tool to assess risk of bias in non-randomized follow-up studies of exposure effects (ROBINS-E). *Environ Int*. 2024;186:108602. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2024.108602>
43. Sterne JA, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
44. JBI. Critical appraisal tools [Internet]. Adelaide (AU) : JBI; 2020 [consultation le 26 mai 2025]. En ligne à : <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
45. The Joanna Briggs Institute. Checklist for analytical cross sectional studies. Adelaide (AU) : JBI; 2017. En ligne à : https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf
46. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, dir. GRADE handbook [Internet]. Hamilton (Ont.) : GRADE Working Group; 2013 [consultation le 26 mai 2025]. En ligne à : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
47. Schünemann HJ, Cuello C, Akl EA, Mustafa RA, Meerpohl JJ, Thayer K, et al. GRADE guidelines: 18. How ROBINS-I and other tools to assess risk of bias in nonrandomized studies should be used to rate the certainty of a body of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2019;111:105-114. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.01.012>
48. Iorio A, Spencer FA, Falavigna M, Alba C, Lang E, Burnand B, et al. Use of GRADE for assessment of evidence about prognosis: rating confidence in estimates of event rates in broad categories of patients. *BMJ*. 2015;350:h870. <https://doi.org/10.1136/bmj.h870>
49. Santesso N, Glenton C, Dahm P, Garner P, Akl EA, Alper B, et al. GRADE guidelines 26: informative statements to communicate the findings of systematic reviews of interventions. *J Clin Epidemiol*. 2020;119: 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.10.014>
50. Aktary ML, Dunn S, Sajobi T, O'Hara H, Leblanc P, McCormack GR, et al. The British Columbia Farmers' Market Nutrition Coupon Program reduces short-term household food insecurity among adults with low incomes: a pragmatic randomized controlled trial. *J Acad Nutr Diet*. 2024;124(4):466-480.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2023.10.001>
51. Heasley C, Clayton B, Muileboom J, Schwanke A, Rathnayake S, Richter A, et al. "I was eating more fruits and veggies than I have in years": a mixed methods evaluation of a fresh food prescription intervention. *Arch Public Health*. 2021;79:135. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00657-6>
52. Miewald C, Holben D, Hall P. Role of a food box program in fruit and vegetable consumption and food security. *Can J Diet Pract Res*. 2012;73(2): 59-65. <https://doi.org/10.3148/73.2.2012.59>

53. Sandha P, Holcomb JP, Holben DH. Household food security and gardening of mothers with young children living in Prince Edward Island. *J Hunger Environ Nutr*. 2021;16(4):1-5. <https://doi.org/10.1080/19320248.2021.1873884>
54. Roustit C, Hamelin AM, Grillo F, Martin J, Chauvin P. Food insecurity: could school food supplementation help break cycles of intergenerational transmission of social inequalities? *Pediatrics*. 2010;126(6):1174-1181. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3574>
55. Blanchet R, Batal M, Johnson-Down L, Johnson S; Okanagan Nation Salmon Reintroduction Initiatives; Willows N. An Indigenous food sovereignty initiative is positively associated with well-being and cultural connectedness in a survey of Syilx Okanagan adults in British Columbia, Canada. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1405. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11229-2>
56. Thompson S, Kamal AG, Alam MA, Wiebe J. Community development to feed the family in Northern Manitoba communities: evaluating food activities based on their food sovereignty, food security, and sustainable livelihood outcomes. *Can J Nonprof Soc Econ Res*. 2012;3(2):43. <https://doi.org/10.22230/cjnser.2012v3n2a121>
57. Loopstra R, Tarasuk V. The relationship between food banks and household food insecurity among low-income Toronto families. *Can Public Policy*. 2012;38(4):497-514. <https://doi.org/10.3138/CP.38.4.497>
58. Rizvi A, Wasfi R, Enns A, Kristjansson E. The impact of novel and traditional food bank approaches on food insecurity: a longitudinal study in Ottawa, Canada. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):771. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10841-6>
59. Roncarolo F, Bisset S, Potvin L. Short-term effects of traditional and alternative community interventions to address food insecurity. *PloS One*. 2016;11(3):e0150250. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150250>
60. Daly Z, Black J, McAuliffe C, Jenkins E. Food-related worry and food bank use during the COVID-19 pandemic in Canada: results from a nationally representative multi-round study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1723. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16602-x>
61. Holmes E, Fowokan A, Seto D, Lear SA, Black JL. Examining food insecurity among food bank members in Greater Vancouver. *J Hunger Environ Nutr*. 2019;14(1-2):141-154. <https://doi.org/10.1080/19320248.2018.1465001>
62. Kirkpatrick SI, Tarasuk V. Food insecurity and participation in community food programs among low-income Toronto families. *Can J Public Health*. 2009;100(2):135-139. <https://doi.org/10.1007/BF03405523>
63. MacBain E, Eltorki M, Marjerrison S, Pardhan A, Wahi G, Ngo QN. Prevalence and characterization of food insecurity in a Canadian paediatric emergency department. *Paediatr Child Health*. 2023;28(4):229-234. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac133>
64. McIntyre L, Connor SK, Warren J. Child hunger in Canada: results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *CMAJ*. 2000; 163(8):961-965.
65. McIntyre L, Bartoo AC, Pow J, Potestio ML. Coping with child hunger in Canada: have household strategies changed over a decade? *Can J Public Health*. 2012;103(6):e428-432. <https://doi.org/10.1007/bf03405632>
66. Men F, Tarasuk V. Food insecurity amid the COVID-19 pandemic: food charity, government assistance and employment. *Can Public Policy*. 2021; 47(2):202-230. <https://doi.org/10.3138/CP.2021-001>
67. Parpouchi M, Moniruzzaman A, Russolillo A, Somers JM. Food insecurity among homeless adults with mental illness. *PloS One*. 2016;11(7): e0159334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159334>
68. Tarasuk V, Dachner N, Poland B, Gaetz S. Food deprivation is integral to the 'hand to mouth' existence of homeless youths in Toronto. *Public Health Nutr*. 2009;12(9):1437-1442. <https://doi.org/10.1017/S1368980008004291>
69. Tarasuk V, Fafard St-Germain AA, Loopstra R. The relationship between food banks and food insecurity: insights from Canada. *Voluntas*. 2020;31(5): 841-852. <https://doi.org/10.1007/s11266-019-00092-w>
70. Vahabi M, Damba C, Rocha C, Montoya EC. Food insecurity among Latin American recent immigrants in Toronto. *J Immigr Minor Health*. 2011;13(5): 929-939. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9384-y>
71. Tarasuk V, McIntyre L. Reconsidering food prescription programs in relation to household food insecurity. *J Nutr*. 2022;152(11):2315-2316. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac175>
72. Easton C, Oudshoorn A, Smith-Carrier T, Forchuk C, Marshall CA. The experience of food insecurity during and following homelessness in high-income countries: a systematic review and meta-aggregation. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e3384-3405. <https://doi.org/10.1111/hsc.13939>
73. Roncarolo F, Mercille G, Riva M, Pérez E, Blanchet R, Carabali M, et al. The Pathways study: a cohort study of new food-aid users in rural, semi urban, and urban areas of Quebec, Canada. *BMC Public Health*. 2023; 23(1):1607. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16393-1>
74. Bureau du vérificateur général du Canada. Rapports de la vérificatrice générale du Canada au Parlement du Canada – 2021 : Rapport 12 – Protéger le système alimentaire du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Bureau du vérificateur général du Canada; 2021. [N° de catalogue : FA1-27/2021-1-12F-PDF]. En ligne à : https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_202112_01_f.pdf
75. Oronce CI, Miake-Lye IM, Begashaw MM, Booth M, Shrank WH, Shekelle PG. Interventions to address food insecurity among adults in Canada and the US: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Health Forum*. 2021;2(8):e212001. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.2001>

76. Jd Steer K, Olstad DL, Jt Campbell D, Beall R, Anstruther SM, Caron-Roy S, et al. The impact of providing material benefits to improve access to food on clinical parameters, dietary intake, and household food insecurity in people with diabetes: a systematic review with narrative synthesis. *Adv Nutr.* 2023;14(5):1067-1084. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2023.05.012>
77. Tarasuk V, Mitchell A. Household food insecurity in Canada, 2017-2018 [Internet]. Toronto (Ont.) : Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF); 2020 [consultation le 26 mai 2025]. En ligne à : <https://proof.utoronto.ca/resource/household-food-insecurity-in-canada-2017-2018/>
78. Pagaduan JE, Lazarescu C, Vallieres E, Skinner K, Zuckermann AM, Idzerda L. The impacts of the Nutrition North Canada program on the accessibility and affordability of perishable, nutritious foods among eligible communities: a scoping review. *Int J Circumpolar Health.* 2024;83(1):2313255. <https://doi.org/10.1080/22423982.2024.2313255>
79. Drysdale M, Skinner K, Lazarescu C, Couture A, Young S, Idzerda L. Initiatives and exposures associated with food security in remote and isolated communities: a scoping review. *Rural Remote Health.* 2024;24(3):8627. <https://doi.org/10.22605/RRH8627>
80. Hume C, Grieger JA, Kalamkarian A, D'Onise K, Smithers LG. Community gardens and their effects on diet, health, psychosocial and community outcomes: a systematic review. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1247. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13591-1>
81. Li T, Tarasuk V. Le programme national d'alimentation scolaire ne réglera pas l'insécurité alimentaire [Internet]. Montréal (Qc) : Options politiques; 2024 [consultation le 27 mai 2025]. En ligne à : <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/mai-2024/enfants-insecurite-alimentaire/>
82. Nutrition Services, Alberta Health Services. A review of the effectiveness of school meal and snack programs on household food insecurity, learning, and health [Internet]. Edmonton (AB) : Alberta Health Services; 2021. En ligne à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/nutrition/if-nfs-pph-evrev-fullreport-school-meal-snack-programs.pdf>
83. Science and System Performance, Public Health, Nova Scotia Health. School healthy eating programs in Nova Scotia: provincial report, 2022-23 [Internet]. Halifax (NS) : Nova Scotia Health; 2023. En ligne à : https://www.nshealth.ca/sites/default/files/documents/School%20Healthy%20Eating%20Programs%20in%20NS%20Provincial%20Report_2023.pdf
84. Hernandez K, Engler-Stringer R, Kirk S, Wittman H, McNicholl S. The case for a Canadian national school food program. *Can Food Stud.* 2018;5(3):208-229. <https://doi.org/10.15353/cfs-rcea.v5i3.260>
85. Riches G, Silvasti T, dir. First world hunger revisited: food charity or the right to food? 2^e éd. Basingstoke (UK) : Palgrave Macmillan; 2014.

Commentaire

Les preuves sont là : la prise de responsabilité doit être intégrée au processus d'élaboration des politiques visant à réduire l'insécurité alimentaire des ménages

Valerie Tarasuk*, Ph. D. (1); Lynn McIntyre*, M.D. (2)

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

Résumé

Devant le problème de l'insécurité alimentaire des ménages qui persiste, des interventions efficaces fondées sur des données probantes sont absolument nécessaires. Les revues systématiques des données probantes compilées par l'Agence de la santé publique du Canada constituent une base importante pour une telle action, mais elles indiquent également la nécessité d'une prise de responsabilité, afin que les précieux fonds publics ne continuent pas à être alloués à des initiatives n'ayant pas fait preuve d'un impact. Nous avons besoin d'objectifs de réduction de l'insécurité alimentaire et d'une certaine prise de responsabilité pour les interventions politiques qui s'accompagnent d'investissements publics importants. Les taux d'insécurité alimentaire des ménages et les conséquences néfastes qui en découlent ne feront qu'empirer si nous ne nous attaquons pas aux revenus insuffisants et précaires qui sont le principal moteur de ce problème de santé publique.

Mots-clés : *insécurité alimentaire, Canada, politique publique, aide alimentaire*

Introduction

En 2024, l'insécurité alimentaire des ménages a touché 25,5 % de la population des provinces canadiennes et 37,4 % de celle des territoires¹. Cette hausse récente correspond peut-être aux pressions inflationnistes, mais même pendant la période de faible inflation qui a précédé la pandémie de COVID-19, l'insécurité alimentaire était largement répandue (figure 1)². Définie brièvement comme le manque d'accès à une alimentation adéquate en raison de contraintes financières, l'insécurité alimentaire est plus répandue parmi les ménages à faible revenu, les locataires, les bénéficiaires de l'aide sociale, les familles monoparentales dirigées par une femme et les personnes qui s'identifient comme noires ou autochtones³.

L'insécurité alimentaire est un grave problème de santé publique au Canada,

associée à une moins bonne santé mentale, à un risque accru de maladies infectieuses et de maladies non transmissibles et de blessures, à une moins bonne gestion des maladies, à une plus grande utilisation des soins de santé et à une mortalité prématurée⁴. La prévalence constamment élevée de l'insécurité alimentaire des ménages, qui de surcroît est en augmentation, est le signe qu'il est urgent de mettre en place des interventions politiques efficaces et fondées sur des données probantes.

Dans ce contexte, le personnel du Centre de surveillance et de recherche appliquée de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a procédé à un examen exhaustif des données probantes afin d'identifier des stratégies d'intervention efficaces permettant de réduire l'insécurité alimentaire des ménages au Canada. Les auteures de ce commentaire ont participé sur une base volontaire en tant qu'experts en la matière,

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



Points saillants

- L'insécurité alimentaire des ménages s'accroît au Canada et des réponses efficaces et fondées sur des données probantes à ce problème sont absolument nécessaires.
- La prise de responsabilité dans l'élaboration des politiques est essentielle pour garantir que les rares fonds publics ne sont pas alloués à des initiatives dont les preuves d'efficacité sont absentes.
- Il a été prouvé que de nombreuses interventions politiques visant à augmenter les revenus des ménages à faible revenu sont aptes à réduire l'insécurité alimentaire des ménages, mais on ne dispose pas de données probantes de ce type pour les interventions basées sur l'alimentation.
- Afin de renforcer la prise de responsabilité et d'encourager des interventions efficaces, fondées sur des données probantes et axées sur le revenu visant à réduire l'insécurité alimentaire, nous proposons que le gouvernement fédéral s'engage à réduire l'insécurité alimentaire de 50 % et à éliminer l'insécurité alimentaire grave d'ici à 2030.

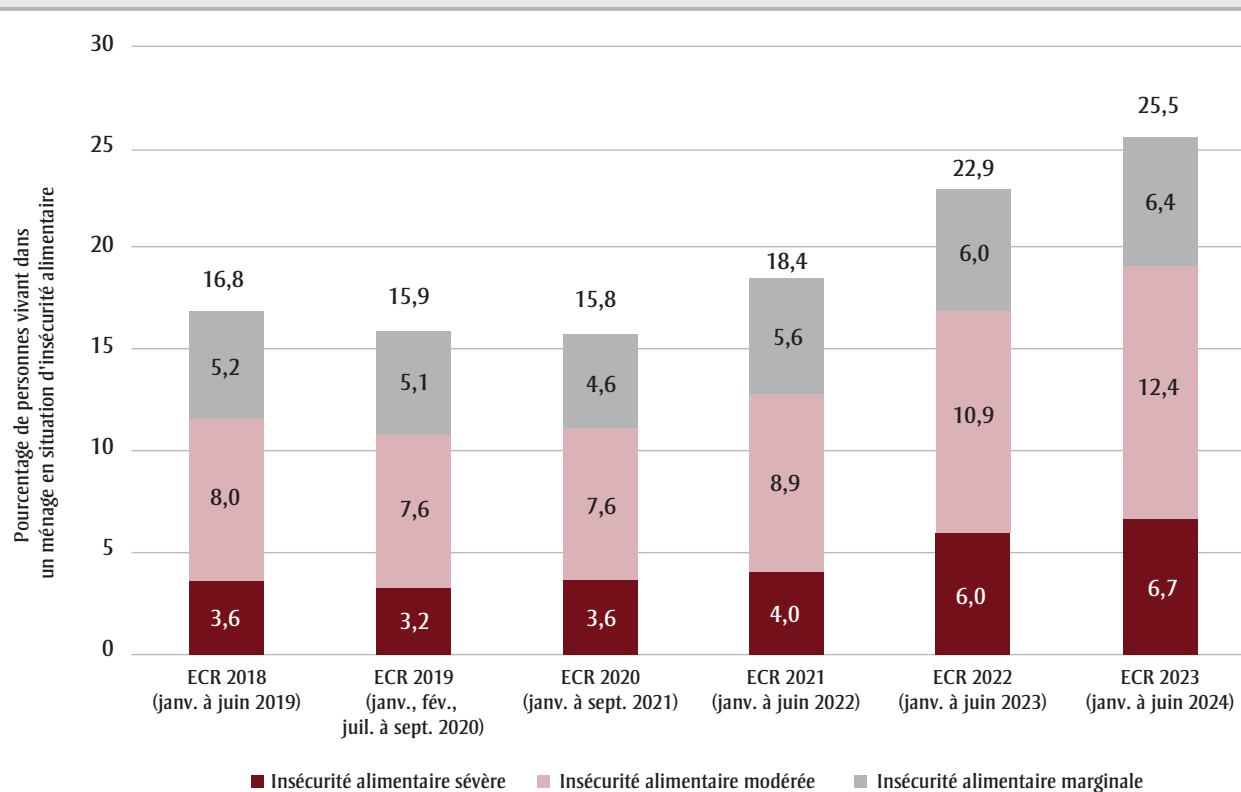
Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences nutritionnelles, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 2. Département des sciences de la santé communautaire, École de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
- * Co-auteurs

Correspondance : Valerie Tarasuk, Département des sciences nutritionnelles, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, 1 King's College Circle, Toronto (Ontario) M5S 1A8; tél. : 416-978-0618; courriel : valerie.tarasuk@utoronto.ca

FIGURE 1

Pourcentage de personnes vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, Canada (à l'exclusion des territoires), 2019-2024



Source des données : Statistique Canada, Tableau 13-10-0834-01 : Insécurité alimentaire selon le type de famille économique⁷.

Abréviation : ECR, Enquête canadienne sur le revenu.

Remarque : L'année de l'ECR se réfère à la période de 12 mois précédant la date de l'entrevue associée à l'enquête. Les périodes de collecte de l'information sont indiquées entre parenthèses.

une expérience qui s'est avérée positive et instructive car nous avons observé une sophistication sans faille dans les méthodes d'examen déployées. Cependant, comme il se doit pour un processus scientifique gouvernemental, ces examens se terminent sans analyse critique ni recommandations. Dans ce commentaire, nous discutons de ce que nous considérons comme les implications politiques et de recherche les plus importantes découlant de ces résultats. Nous le faisons avec la conviction que l'examen des interventions de l'ASPC ne devrait pas être ignoré et que l'insécurité alimentaire des ménages n'est pas un problème insoluble : elle persiste parce que sa réduction n'est pas un objectif politique explicite des gouvernements.

Les examens des données probantes de l'ASPC reposent sur cinq manuscrits évalués par des pairs⁵⁻⁹, allant de l'impact de la COVID-19 sur l'insécurité alimentaire⁶ à un examen complet de Nutrition Nord

Canada, un programme fédéral de subventions au commerce de détail visant à soutenir l'abordabilité des aliments dans le nord du Canada⁷. Pris ensemble, ces examens offrent une orientation claire sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour réduire l'insécurité alimentaire au Canada. Mais elles soulèvent également des questions troublantes sur les réponses actuelles des gouvernements.

Nous commentons ici les résultats des examens portant sur les interventions de politique publique dans la population générale¹ et sur les interventions fondées sur l'alimentation⁹, car nous considérons que ces examens de données probantes sont les plus pertinents pour obtenir des résultats en matière de santé de la population. Nous synthétisons les principaux résultats, nous définissons les priorités en matière d'intervention politique et nous suggérons des orientations pour de futures recherches.

Principaux résultats

L'efficacité du complément de revenu

La conclusion la plus importante qui ressort de cet examen approfondi des données probantes est l'efficacité des interventions politiques fédérales et provinciales qui augmentent de façon modérée les revenus des Canadiens à faible revenu, par exemple la pension de la Sécurité de vieillesse, la Prestation canadienne pour enfants (PCE) et l'aide sociale. Idzerda et ses collaborateurs ont conclu avec une certitude modérée à élevée que le complément de revenu réduit l'insécurité alimentaire, mais ils n'ont trouvé aucune preuve que les programmes évalués d'aide au logement et les programmes de subventions pour la vente au détail de produits alimentaires avaient un quelconque impact⁵. Ces résultats laissent penser que des revenus insuffisants et instables sont le facteur essentiel de l'insécurité alimentaire des ménages et

que les politiques de soutien au revenu sont la clé pour réduire ce problème de santé de la population⁵.

Comme l'indique la cote de certitude modérée à élevée, la qualité de la recherche sur le supplément de revenu est solide⁵. Les chercheurs ont été en mesure d'estimer les changements dans la probabilité d'insécurité alimentaire au sein de sous-groupes de population exposés à des interventions spécifiques en matière de revenu, en utilisant souvent des méthodes économétriques complexes pour tenir compte d'autres facteurs bien établis agissant sur l'insécurité alimentaire des ménages (par exemple le mode d'occupation du logement, la composition du ménage, le niveau de scolarité, la province ou le territoire de résidence). La solidité des données recueillies dans le cadre de ces études montre qu'il est erroné d'écarter l'importance du revenu comme solution au problème de l'insécurité alimentaire au Canada en se fondant simplement sur certains rapports récents selon lesquels la plupart des ménages souffrant d'insécurité alimentaire ont des revenus supérieurs au seuil de pauvreté officiel^{10,11}.

Dans leur revue systématique, Idzerda et ses collaborateurs ont constaté que l'aide au logement (principalement des subventions au loyer) n'avait aucun effet sur l'insécurité alimentaire⁵. Depuis 2020, date à laquelle la dernière étude a fait état de résultats, une variété d'interventions en matière de logement ont été proposées par plusieurs niveaux de gouvernement pour répondre à la crise de l'accessibilité au logement. L'impact de ces nouvelles interventions en matière de logement abordable devrait pouvoir être évalué en relation avec leurs effets sur l'insécurité alimentaire des ménages.

Les interventions basées sur l'alimentation ne parviennent pas à réduire l'insécurité alimentaire

Les banques alimentaires dominent la réponse du Canada à l'insécurité alimentaire depuis plus de 40 ans et ont reçu un financement fédéral et provincial sans précédent tout au long de la pandémie de COVID-19¹². Plusieurs provinces, par exemple la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Québec et le Nouveau-Brunswick, continuent d'allouer des fonds importants à ces programmes. Pourtant, il n'y a eu pratiquement aucune évaluation de l'efficacité

de ces programmes d'aide alimentaire caritative à réduire l'insécurité alimentaire. Les quelques études disponibles sont de piètre qualité et ne fournissent aucune preuve d'efficacité dans le cadre d'un examen systématique⁹. Un corpus parallèle de littérature a fait état de très faibles taux d'utilisation des programmes de bienfaisance alimentaire par les ménages en insécurité alimentaire ayant un domicile. Cela n'est pas surprenant, dans la mesure où l'aide alimentaire caritative ne modifie pas les facteurs sous-jacents de l'insécurité alimentaire des ménages. Les conclusions de l'étude systématique d'Idzerda et ses collaborateurs⁹ sont cohérentes avec ce que de nombreux leaders de ce secteur disent depuis des années, à savoir que les solutions au désespoir qui pousse les gens à demander l'aide des banques alimentaires résident dans des réformes des politiques publiques s'attaquant aux enjeux sous-jacents de revenu¹³⁻¹⁵.

À l'instar de la littérature sur les organismes de bienfaisance alimentaire, les évaluations des programmes alimentaires alternatifs, par exemple les programmes de boîtes alimentaires, de jardinage et d'alimentation scolaire ainsi que les interventions de chasse et de pêche spécifiques aux populations autochtones, bien que limitées en nombre, n'ont fourni aucune preuve d'efficacité⁹. Les deux évaluations dont on dispose en matière de programmes de bons alimentaires ont fourni des preuves faibles à modérées que ces programmes sont aptes à réduire l'insécurité alimentaire, mais cela pourrait s'expliquer par le fait que les bons augmentent le pouvoir d'achat des ménages participants, bien qu'à petite échelle et souvent pour une durée limitée. Les déclarations politiques selon lesquelles le récent investissement d'un milliard de dollars dans un programme national d'alimentation scolaire réduira le nombre d'« enfants affamés » devront être évaluées au cours des prochaines années en fonction des taux d'insécurité alimentaire dans les ménages avec enfants¹⁶. Le manque de preuves que ces programmes alimentaires sont efficaces pour réduire l'insécurité alimentaire devrait également mettre en garde les groupes qui recherchent la souveraineté alimentaire pour leurs communautés. Ces groupes ne devraient peut-être pas s'attendre à des résultats différents.

Nous disposons de 40 ans d'initiatives basées sur l'alimentation pour les personnes en situation d'insécurité alimentaire,

mais moins d'études d'évaluation qu'il n'y a de provinces et de territoires au Canada. Alors que la science gouvernementale elle-même montre que ces orientations politiques ne sont pas fondées sur des données probantes, nous verrons inévitablement de nouveaux investissements dans des interventions basées sur l'alimentation à mesure que les médias et les politiques se concentreront sur les taux croissants d'insécurité alimentaire des ménages. Alors que les chercheurs en sciences sociales continuent d'analyser les raisons pour lesquelles ces idées continuent d'attirer des ressources, empêchant la mise en place de solutions plus efficaces^{15,17-19}, nous devons nous demander pourquoi aucune preuve n'est nécessaire et quels sont les résultats escomptés des initiatives fondées sur l'alimentation, si ce n'est une réduction de l'insécurité alimentaire des ménages. En effet, l'évaluation 2024 du Fonds pour l'infrastructure alimentaire locale d'Agriculture et Agroalimentaire Canada suggère que le résultat du soutien des ressources pour le secteur des services liés à l'insécurité alimentaire n'est peut-être pas la réduction de l'insécurité alimentaire, mais plutôt l'atténuation du stress organisationnel causé par la demande accrue de la clientèle pour leurs services¹⁷.

Implications pour les réponses politiques à venir

L'heure est au bilan. Il n'existe que peu ou pas de preuves que les interventions basées sur l'alimentation ont un impact sur l'insécurité alimentaire des ménages⁹. Pourtant, les communications visant la collecte de fonds des organisations caritatives et des fournisseurs d'aliments alternatifs affirment explicitement qu'ils s'attaquent à l'insécurité alimentaire ou qu'ils la préviennent (voir par exemple¹⁸⁻²⁰). Des chercheurs ont également évoqué la corporatisation sous-jacente pour justifier les interventions basées sur l'alimentation^{21,22}. La recherche interdisciplinaire pourrait permettre d'en savoir plus sur ces dynamiques, mais la première étape consiste sans aucun doute à souligner l'incohérence à utiliser des interventions basées sur l'alimentation comme stratégie de réduction de l'insécurité alimentaire, maintenant que cette absence de preuves a été révélée. Nous pensons que la relative absence de prise de responsabilité quant à l'impact des récents investissements dans la charité alimentaire (par exemple les programmes fédéraux liés à la pandémie²³ et le Fonds des infrastructures alimentaires

locales¹⁷⁾ explique en partie la prévalence toujours élevée de l'insécurité alimentaire au Canada. Aucun gouvernement n'a sérieusement tenté de réduire l'insécurité alimentaire.

Les effets positifs des interventions basées sur le revenu sur l'insécurité alimentaire des ménages documentés par Idzerda et ses collaborateurs⁵ proviennent d'évaluations de programmes fédéraux et provinciaux qui n'étaient pas explicitement conçus pour prévenir ou réduire l'insécurité alimentaire. Ces effets constatés étaient secondaires par rapport aux autres objectifs de ces politiques. Par conséquent, les résultats de l'examen systématique ne nous indiquent ni quelle serait la conception optimale d'une intervention sur le revenu qui réduirait l'insécurité alimentaire des ménages, ni dans quelle mesure un supplément de revenu pourrait à lui seul réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire. En outre, comme pour toute intervention de politique publique, d'autres considérations d'équité doivent être évaluées : qui en bénéficie, qui en est privé, est-ce que les disparités augmentent ou diminuent et est-ce que des approches ciblées doivent compléter la mise en œuvre générale²⁴⁾?

Il est temps que la réduction de la prévalence et de la gravité de l'insécurité alimentaire des ménages devienne un objectif politique ferme au Canada. Nous proposons que le gouvernement fédéral s'engage à éliminer l'insécurité alimentaire grave au Canada et à réduire de 50 % (par rapport à 2024) la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages d'ici 2030. L'élimination de l'insécurité alimentaire grave est de fait l'Objectif de développement durable 2, Faim Zéro, que le Canada s'est engagé à atteindre²⁵⁾. Cet objectif de développement durable est important parce que 1) l'insécurité alimentaire grave est extrêmement préjudiciable à la santé (par exemple, les adultes au Canada qui souffrent d'insécurité alimentaire grave meurent en moyenne 9 ans plus tôt que ceux qui bénéficient de la sécurité alimentaire²⁶⁾), 2) la prévalence de l'insécurité alimentaire grave est en augmentation et 3) il est essentiel de faire de l'élimination de l'insécurité alimentaire un objectif politique spécifique pour garantir que les interventions mises en œuvre atteignent et aident réellement les personnes touchées²⁷⁾. L'élimination de l'insécurité alimentaire grave est un objectif

réaliste compte tenu de sa grande sensibilité aux interventions sur le revenu^{28,29)}.

La prise de responsabilité doit être injectée dans le processus d'élaboration des politiques. Avec l'insertion de la mesure de l'insécurité alimentaire dans l'Enquête canadienne sur le revenu et son inclusion dans le Tableau de bord des indicateurs de la pauvreté, on dispose des indicateurs de suivi nécessaires pour évaluer les politiques d'intervention ciblant le revenu en lien avec la prévalence et la sévérité de l'insécurité alimentaire. Grâce à un processus itératif d'interventions et d'évaluations, utilisant des études longitudinales avec mesures répétées, les leviers politiques cruciaux pour minimiser l'insécurité alimentaire des ménages au Canada peuvent être affinés. Le ministère fédéral le mieux placé pour diriger ces travaux est Emploi et Développement social Canada.

La réduction de l'insécurité alimentaire et l'élimination de l'insécurité alimentaire grave nécessitent des réformes des politiques à la fois fédérales et provinciales ou territoriales, car les deux niveaux de gouvernement ont des responsabilités en matière de transferts de revenus qui, en fonction de leur conception, peuvent renforcer ou compromettre la sécurité alimentaire des ménages. La pension de la Sécurité de vieillesse et le Supplément de revenu garanti offrent aux aînés qui dépendent de ces programmes une protection vitale contre l'insécurité alimentaire²⁷⁾. Mais, dans la mesure où les taux d'insécurité alimentaire commencent à augmenter chez les aînés¹⁾, il est impératif de maintenir l'effet protecteur des pensions publiques. En outre, les principes d'adéquation et de sécurité du revenu qui définissent la Sécurité de vieillesse ou le Supplément de revenu garanti doivent être appliqués aux programmes fédéraux et provinciaux ou territoriaux de soutien du revenu destinés aux adultes en âge de travailler et à leurs enfants. Cela signifie qu'il faut veiller à ce que la PCE permette aux familles à faible revenu de se procurer la nourriture dont elles ont besoin. Étant donné que 32,9 % des enfants de moins de 18 ans vivent actuellement dans des familles en situation d'insécurité alimentaire¹⁾, il est urgent de réévaluer la PCE. Il est également nécessaire de revoir les prestations d'assurance-emploi et l'Allocation canadienne pour les travailleurs afin de s'assurer que ces prestations sont suffisantes pour permettre aux bénéficiaires de maintenir la sécurité alimentaire de leur ménage

malgré le chômage involontaire ou le sous-emploi. Les politiques provinciales et territoriales pertinentes en matière d'insécurité alimentaire sont le salaire minimum, la fiscalité, les allocations familiales et l'aide sociale^{28,30,31)}. Un revenu de base garanti³²⁾ pourrait remplacer bon nombre de ces programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux et devrait évidemment être évalué sur sa pertinence en matière de lutte contre l'insécurité alimentaire.

Conclusion

Étant donné que le problème de l'insécurité alimentaire des ménages continue à s'aggraver, des réponses efficaces fondées sur des données probantes sont absolument nécessaires. Les analyses systématiques des données compilées par l'ASPC constituent une base importante pour l'action. Mais les résultats de ces analyses mettent également en évidence la nécessité de rendre des comptes, afin que les fonds publics ne soient plus gaspillés dans des initiatives sans preuve de résultat mais se targuant de lutter contre l'insécurité alimentaire. Nous avons besoin d'objectifs de réduction de l'insécurité alimentaire et d'une prise de responsabilité pour les interventions politiques qui s'accompagnent d'investissements publics importants. Les taux d'insécurité alimentaire des ménages et les conséquences néfastes qui en découlent ne feront qu'empirer si nous ne nous attaquons pas aux revenus insuffisants et précaires qui sont le principal moteur de ce problème de santé publique.

Remerciements

Les auteures remercient Tim Li pour son aide dans la préparation de la figure 1. Son travail est soutenu par une subvention de projet des Instituts de recherche en santé du Canada PJT-178380.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteures et avis

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

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

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. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le revenu (ECR). Information détaillée pour 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2024 [consultation le 30 juin 2024]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1502521
2. Statistique Canada. Insécurité alimentaire selon le type de famille économique. Tableau 13-10-0834-01 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2025 [consultation le 15 mai 2025]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310083401&request_locale=fr
3. Li T, Fafard St-Germain AA, Tarasuk V. Household food insecurity in Canada, 2022 [Internet]. Toronto (Ont.) : Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF); 2023. En ligne à : <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2023/11/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2022-PROOF.pdf>
4. Tarasuk V, Fafard St-Germain A, Li T. Surveillance de l'insécurité alimentaire des ménages au Canada : l'heure du bilan. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2022;42(10):501-506. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.04f>
5. Idzerda L, Corrin T, Lazarescu C, Couture A, Vallières E, Khan S, et al. Public policy interventions to mitigate household food insecurity in Canada : a systematic review. Public Health Nutr. 2024;27(1):e83. <https://doi.org/10.1017/s1368980024000120>
6. Idzerda L, Gariépy G, Corrin T, Tarasuk V, McIntyre L, Neil-Sztramko S, Dobbins M, Snelling S, Jaramillo Garcia A. État des connaissances au sujet de la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages canadiens durant la pandémie de COVID-19 : revue systématique. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2022;42(5):201-213. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.5.01f>
7. Pagaduan JE, Lazarescu C, Vallières E, Skinner K, Zuckermann AM, Idzerda L. The impacts of the Nutrition North Canada program on the accessibility and affordability of perishable, nutritious foods among eligible communities: a scoping review. Int J Circumpolar Health. 2024;83(1):2313255. <https://doi.org/10.1080/22423982.2024.2313255>
8. Drysdale M, Skinner K, Lazarescu C, Couture A, Young S, Idzerda L, et al. Initiatives and exposures associated with food security in remote and isolated communities: a scoping review. Rural Remote Health. 2024;24(3):8627. <https://doi.org/10.22605/RRH8627>
9. Idzerda L, Lazarescu C, Corrin T, Vallières E, Couture A, Khan S, et al. Revue systématique des interventions axées sur l'alimentation pour atténuer l'insécurité alimentaire des ménages au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2025;45(9):404-424. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.9.03f>
10. Uppal S. L'insécurité alimentaire chez les familles canadiennes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 30 juin 2024]. [N° de catalogue : 75-006-x]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00013-fra.htm>
11. Conseil consultatif national sur la pauvreté. Transformer nos systèmes : le rapport de 2022 du Conseil consultatif national sur la pauvreté. Ottawa (Ont.) : Emploi et Développement social Canada; 2022. [N° de catalogue : Em9-10E-PDF]. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/programs/poverty-reduction/national-advisory-council/reports/2022-annual/NACP_2022-Report-FR-final.pdf
12. Ministère des Finances Canada. Budget 2021 : une relance axée sur les emplois, la croissance et la résilience [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada ; 2021 [consultation le 30 juin 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/nouvelles/2021/04/budget-2021-une-relance-axee-sur-les-emplois-la-croissance-et-la-resilience.html>
13. Banques alimentaires Canada. Bilan-Faim 2023 : Quand est-ce assez? [Internet]. Mississauga (Ont.) : Banques alimentaires Canada; 2023. En ligne à : https://fbcblobstorage.blob.core.windows.net/wordpress/2024/10/HungerCount23_FR_FINAL-6717df9fed014.pdf
14. Daily Bread Food Bank. Who's Hungry report 2022: a story of a system under strain [Internet]. Toronto (Ont.) : Daily Bread Food Bank; 2022. En ligne à : <https://www.dailybread.ca/wp-content/uploads/2023/06/DB-WhosHungryReport-2022-Digital-1.pdf>
15. Centres communautaires d'alimentation du Canada. Sonner l'alarme quant à la nécessité d'investir dans les adultes célibataires en âge de travailler [Internet]. Toronto (Ont.) : Centres communautaires d'alimentation du Canada; 2023. En ligne à : <https://cfccanada.ca/CMSPages/GetFile.aspx?guid=575724cc-c10a-420d-880d-1452a7fc3e37>
16. Premier ministre du Canada. Un programme national d'alimentation scolaire qui prépare les enfants à la réussite [Internet]. Scarborough (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2024 [consultation le 22 mai 2025]. En ligne à : <https://www.pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2024/04/01/programme-national-d'alimentation-scolaire-qui-prepare-les-enfants>
17. Agriculture et Agroalimentaire Canada. Évaluation du Fonds des infrastructures alimentaires locales [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2024 [consultation le 30 juin 2024]. En ligne à : <https://agriculture.canada.ca/fr/ministere/transparence/audits-evaluations/evaluation-du-fonds-infrastructures-alimentaires-locales>

18. Banques alimentaires Canada. L'utilisation des banques alimentaires a presque doublé en cinq ans. Aidez à changer les choses. Montrez votre soutien aujourd'hui. [Internet]. Mississauga (Ont.) : Banques alimentaires Canada; 2024. En ligne à : <https://foodbankscanada.ca/fr/give/>
19. Kids Against Hunger Canada. Donate now [Internet]. Peterborough (Ont.) : Kids Against Hunger Canada; 2024 [consultation le 30 juin 2024]. En ligne à : <https://www.kahcanada.org/>
20. Deuxième récolte. Ce que nous faisons [Internet]. Toronto (Ont.) : Deuxième récolte; [consultation le 21 mai 2025]. En ligne à : <https://www.secondharvest.ca/fr-ca/about/about>
21. Classens M, Martin M. 'Good morning Metro shoppers!' Food insecurity, COVID-19 and the emergence of roll-call neoliberalism. *Cap Class*. 2024;48(4):635-656. <https://doi.org/10.1177/03098168231199912>
22. Mendly-Zambo Z, Raphael D, Taman A. Take the money and run : how food banks became complicit with Walmart Canada's hunger producing employment practices. *Crit Public Health*. 2021;33(1):60-71. <https://doi.org/10.1080/09581596.2021.1955828>
23. Bureau du vérificateur général du Canada. Protéger le système alimentaire canadien : rapport de l'auditeur indépendant [Internet]. Ottawa (Ont) : Gouvernement du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada, rapport 12. [N° de catalogue : FA1-27/2021-1-12E-PDF]. En ligne à : https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_202112_01_f.pdf
24. Scott-Samuel A. Health impact assessment. *BMJ*. 1996;313(7051):183-184. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7051.183>
25. Emploi et Développement social Canada. Objectif de développement durable 2 : faim zéro [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 1^{er} mai 2024; consultation le 30 juin 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/programme-2030/faim-zero.html>
26. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ*. 2020;192(3):E53-60. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190385>
27. Deaton BJ, Scholz A. Food security, food insecurity, and Canada's national food policy: meaning, measures, and assessment. *Outlook Agric*. 2022; 51(3):303-312. <https://doi.org/10.1177/00307270221113601>
28. Loopstra R, Dachner N, Tarasuk V. An exploration of the unprecedented decline in the prevalence of household food insecurity in Newfoundland and Labrador, 2007-2012. *Can Public Policy*. 2015;41(3):191-206. <https://doi.org/10.3138/cpp.2014-080>
29. Brown E, Tarasuk V. Money speaks: reductions in severe food insecurity follow the Canada Child Benefit. *Prev Med*. 2019;129:105876. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105876>
30. Men F, Urquia ML, Tarasuk V. The role of provincial social policies and economic environment in shaping household food insecurity among Canadian families with children. *Prev Med*. 2021;148:106558. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106558>
31. Tarasuk V, Li N, Dachner N, Mitchell A. Household food insecurity in Ontario during a period of poverty reduction, 2005-2014. *Can Public Policy*. 2019;45(1):93-104. <https://doi.org/10.3138/cpp.2018-054>
32. Réseau canadien pour le revenu garanti [BICN]. À propos de BICN [Internet]. Toronto (Ont.) : BICN; [consultation le 25 mai 2025]. En ligne à : <https://basicincomecanada.org/about-us/>

Avis de publication

La santé des jeunes au Canada : portrait de la santé mentale

Wendy Craig, Ph. D. (1); Valerie F. Pagnotta, M. Sc. (2); Stephanie Wadge, M.A. (2); Matthew King, B.A. (1); William Pickett, Ph. D. (2,3)

[Avis de publication](#) par Craig W 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 a publié [La santé des jeunes au Canada : portrait de la santé mentale](#), un rapport fondé sur l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC) de 2022-2023. L'étude a recueilli des données auprès de 26 360 élèves de la 6^e à la 10^e année dans 317 écoles et présente un aperçu de la santé et du bien-être des jeunes au Canada.

Faits saillants

Les résultats montrent que la santé mentale est une préoccupation urgente, en particulier chez les filles cisgenres et les jeunes transgenres et de la diversité de genre (TDG). Plus des deux tiers (68 %) des jeunes TDG de la 9^e et la 10^e années ont déclaré se sentir tristes ou désespérés presque quotidiennement pendant deux semaines ou plus, comparativement à 50 % des filles cisgenres et à 23 % des garçons cisgenres. Seulement 47 % des jeunes TDG de la 9^e et la 10^e années ont déclaré avoir une vie familiale heureuse, contre 66 % des filles cisgenres et 80 % des garçons cisgenres. Des relations solides avec la famille, les amis et les enseignants sont systématiquement liées à de meilleurs résultats en matière de santé mentale.

Une utilisation problématique des médias sociaux a été signalée par 21 % des jeunes TDG de la 6^e à la 8^e année, comparé à 7 % des garçons cisgenres et à 12 % des filles cisgenres. Le vapotage est également un sujet de préoccupation, 29 % des filles cisgenres et 26 % des jeunes TDG en 9^e et 10^e années ayant déclaré avoir utilisé des produits de vapotage au cours de leur vie.

Le Comité consultatif des jeunes de l'Enquête HBSC insiste sur la nécessité d'améliorer le soutien en matière de santé mentale, de créer des écoles sûres et inclusives et de mieux reconnaître les expériences des jeunes TDG. Ces jeunes conseillers, âgés de 11 à 15 ans, apportent une contribution précieuse aux rapports HBSC.

Pour accéder aux rapports nationaux ou les télécharger, consultez la [page web HBSC](#).

Rattachement des auteurs :

1. Department of Psychology, Queen's University, Kingston (Ontario), Canada
2. Department of Health Sciences, Brock University, St. Catharines (Ontario), Canada
3. Department of Public Health Sciences, Queen's University, Kingston (Ontario), Canada

Remerciements à nos rédacteurs scientifiques adjoints de longue date

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



En 2025, *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* (la revue PSPMC) a renouvelé son répertoire de rédacteurs scientifiques adjoints. Au cours de ce processus, nous avons eu la chance d'accueillir de nouveaux rédacteurs scientifiques adjoints talentueux, mais malheureusement, quelques rédacteurs de longue date sont passés à d'autres projets.

Margaret de Groh

Margaret de Groh a pris sa retraite de la fonction publique en 2024. Pendant sa longue et exceptionnelle carrière à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Margaret a fait partie du groupe inaugural qui a tracé une voie pour l'ASPC en 2004. Au cours de ses 20 ans de carrière à l'ASPC, Margaret a joué un rôle central dans l'avancement des travaux scientifiques sur la prévention du diabète (notamment le projet CANRISK), les projets sur la nutrition et la sécurité alimentaire, les politiques sur le contrôle de l'alcool et la collaboration de l'ASPC avec les plateformes de recherche [COMPASS](#) et [CLSA](#).

Margaret a été une figure centrale de la revue PSPMC, offrant un service et un leadership inébranlables de 2015 jusqu'à sa retraite. Tout au long de son mandat, elle a occupé plusieurs rôles, notamment celui de rédactrice en chef de 2017 à 2019, de rédactrice scientifique adjointe, d'experte en la matière—notamment en ce qui concerne l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre—et de rédactrice en chef déléguée. Quel que soit son titre, Margaret a toujours fait preuve de gentillesse et priorisé les personnes. Malgré son emploi du temps chargé, elle était exceptionnellement généreuse de son temps, toujours prête à écouter, à offrir son aide et à apporter son soutien. Pour de nombreux membres de l'équipe de la revue PSPMC, Margaret était une mentore et une source d'inspiration.

Le dévouement et les contributions de Margaret ont laissé une marque durable sur la revue PSPMC. Nous lui exprimons notre sincère gratitude pour ses années de service et lui souhaitons une bonne retraite.



Scott Leatherdale

La revue PSPMC reconnaît les contributions importantes de Scott Leatherdale, qui a occupé le poste de rédacteur scientifique adjoint de 2017 à 2024. Avant de se joindre à l'équipe de la revue, Scott était titulaire d'une chaire de recherche appliquée en santé publique des IRSC et de l'ASPC et avait déjà fait sa marque en tant qu'ardent défenseur de la mission de la revue PSPMC et de sa valeur intrinsèque dans le contexte de la santé publique au Canada.

Scott est connu par l'équipe de la revue comme un individu solide et bien ancré qui n'a pas peur de défendre ses valeurs et ses convictions. À travers les nombreux manuscrits qu'il a rigoureusement évalués, il a constamment fait preuve d'un grand souci du détail.

L'équipe de la revue PSPMC remercie sincèrement Scott pour ses années de service dévoué et lui souhaite beaucoup de succès dans ses projets futurs.



Paul Villeneuve

Paul Villeneuve a occupé le poste de rédacteur scientifique adjoint de 2015 à 2025. Au cours de sa décennie de service, on a régulièrement fait appel à Paul pour sa grande expertise en biostatistique et sa perspective sur le contexte scientifique.

L'équipe a toujours pu compter sur Paul pour ses évaluations et communications ponctuelles. Un acteur fiable et efficace dans le cadre du processus éditorial, Paul était toujours prêt à assumer les tâches éditoriales les plus difficiles, ce qui faisait de lui un membre à part entière de l'équipe.

L'équipe de la revue PSPMC est reconnaissante envers Paul pour ses dix années de service dévoué. Nous lui souhaitons beaucoup de succès dans ses projets futurs.



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.

Gagnon I, Turner M, Lacasse-Courchesne A, McKee M, Tang ML, Sajjadi M, **Friedman D**, et al. Feasibility of direct-access physical therapy for concussion management in the pediatric emergency department: a pilot implementation study. *Phys Ther.* 2025;105(5):pzaf051. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaf051>

Langevin P, Plotnick LH, Turner M, **Friedman D**, Agnihotram R, Greenstone I, et al. Direct-access physiotherapy to improve access to quality care for children and adolescents presenting to the pediatric emergency department with musculoskeletal problems: the PEDPT-MSK pilot randomized control trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2025;55(6):386-450. <https://doi.org/10.2519/jospt.2025.13321>

Marcellus L, Jack SM, MacKinnon K, Hill ME, Gonzalez A, Campbell K, [...] **Tonmyr L**, et al. Strategies to engage and retain pregnant individuals and young mothers in the nurse-family partnership program (Canada): an interpretive descriptive study. *Child Abuse Negl.* 2025;167:107537. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107537>

Nevill AM, **Lang JJ**, Niemz M, Tomkinson GR. How should youth handgrip strength be normalized? New insights using 3-D allometry with “generalizable” norm-referenced values, data from NHANES. *Sports Med.* 2025;101012. <https://doi.org/10.1007/s40279-025-02235-0>

Prince SA, Thomas T, Apparicio P, Rodrigue L, Jobson C, Walker KL, **Butler GP, Wasfi R**. Cycling infrastructure as a determinant of cycling for recreation and transportation in Montréal, Canada: a natural experiment using the longitudinal national population health survey. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2025;22(1):71. <https://doi.org/10.1186/s12966-025-01767-y>

Raza SZ, Whitten C, **Randell S**, Sparkes B, Denic N. Polysubstance toxicity deaths in Newfoundland and Labrador: a retrospective study. *J Public Health (Oxf.).* 2025;47(2):114-22. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf001>

Tanaka M, Pollock NJ, Shields M, Richter S, Blair D-L, Cormier F, [...] **Tonmyr L**. Referrals to child and family services during the COVID-19 pandemic: an analysis of administrative data from British Columbia and Northwest Territories, Canada. *Child Abuse Negl.* 2025;167:107517. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107517>

Zuniga YM, Zumla A, Zuhlke LJ, Zoladl M, Ziaieian B, Zhong C, [...] **Lang JJ**, [...] **Badawi A**, et al. Characterising acute and chronic care needs: insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *Nat Commun.* 2025;16(1):4235. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-56910-x>

Corrigendum

Sites de consommation supervisée et mortalité par surdose à l'échelle de la population : revue systématique des données récentes, 2016-2024

Geneviève Gariépy, Ph. D. (1,2); Rebecca K. M. Prowse, M.S.P. (1); Rebecca Plouffe, M.S.P. (1); Eva Graham, Ph. D. (1,3)

Corrigendum par Gariépy G 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 apporter une précision à la page 397 de l'article suivant :

Gariépy G, Prowse RKM, Plouffe R, Graham E. Sites de consommation supervisée et mortalité par surdose à l'échelle de la population : revue systématique des données récentes, 2016-2024. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2025;45(9):393-403. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.9.02f>

Un passage a été ajouté aux résultats dans le but de fournir un éclaircissement important à propos de l'étude¹ de Rammohan et al. Les caractères gras ont été utilisés afin de faciliter l'identification du texte ajouté.

Les auteures désirent remercier Daniel Werb d'avoir fait part de ses préoccupations.

Avant la correction

Les deux études observationnelles ont utilisé des plans d'étude écologique pour analyser les associations entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose, l'une à l'échelle de la province³³ et l'autre à l'échelle du quartier³⁴ (tableau 1). En Alberta, l'analyse à l'échelle de la province a révélé que des visites plus nombreuses dans les sept sites de consommation supervisée provinciaux ont été corrélées à un nombre moins élevé de décès par surdose de fentanyl entre 2017 et 2020 ($r = -0,64$; $p = 0,03$)³³. L'étude menée à Toronto (Ontario) a comparé les taux de mortalité par surdose à différentes distances des sites en 2017 et en 2019, c'est-à-dire avant et après la mise en œuvre des sites de consommation supervisée³⁴. Dans les quartiers situés à moins de 500 mètres d'un site de consommation supervisée, on a comptabilisé 67 % de décès par surdose de moins pour 100000 personnes ($p = 0,04$) après la mise en œuvre de ces sites. Les zones situées à plus de 500 mètres d'un site de consommation supervisée ont enregistré 24 % de décès en moins, mais cette différence ne s'est pas révélée statistiquement significative ($p = 0,38$)³⁴. L'évaluation de la qualité a révélé que ces deux études de type écologique présentaient un risque élevé de biais, principalement en raison de l'absence de prise en compte des facteurs de confusion (fichier supplémentaire 3, fourni par les auteures sur demande).

Après la correction

Les deux études observationnelles ont utilisé des plans d'étude écologique pour analyser les associations entre les sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose, l'une à l'échelle de la province³³ et l'autre à l'échelle du quartier³⁴ (tableau 1). En Alberta, l'analyse à l'échelle de la province a révélé que des visites plus nombreuses dans les sept sites de consommation supervisée provinciaux ont été corrélées à un nombre moins élevé de décès par surdose de fentanyl entre 2017 et 2020 ($r = -0,64$; $p = 0,03$)³³. L'étude menée à Toronto (Ontario) a comparé les taux de mortalité par surdose à différentes distances des sites en 2017 et en 2019, c'est-à-dire avant et après la mise en œuvre des sites de consommation supervisée³⁴. Dans les quartiers situés à moins de 500 mètres d'un site de consommation supervisée, on a comptabilisé 67 % de décès par surdose de moins pour 100000 personnes ($p = 0,04$) après la mise en œuvre de ces sites. Les zones situées à plus de 500 mètres d'un site de consommation supervisée ont enregistré 24 %

Rattachement des auteures :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
3. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Geneviève Gariépy, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-952-7608; courriel : genevieve.gariepy@phac-aspc.gc.ca

de décès en moins, mais cette différence ne s'est pas révélée statistiquement significative ($p = 0,38$)³⁴. **L'étude comprend également des analyses de régression pondérées géographiquement de tendances spatiales suite à la mise en œuvre, ce qui a permis l'observation d'associations inverses entre la proximité de sites de consommation supervisée et la mortalité par surdose; ces associations se sont montrées plus fortes de 2018 à 2019. Ces analyses ont été ajustées en fonction de facteurs sociodémographiques au niveau du quartier et des services de santé liés à la consommation de substances.** L'évaluation de la qualité a révélé que ces deux études de type écologique présentaient un risque élevé de biais, principalement en raison de l'absence de prise en compte des facteurs de confusion (fichier supplémentaire 3, fourni par les auteures sur demande).

Référence

1. Rammohan I, Gaines T, Scheim A, Bayoumi A, Werb D. Overdose mortality incidence and supervised consumption services in Toronto, Canada: an ecological study and spatial analysis. *Lancet Public Health*. 2024;9(2):e79-87. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00300-6](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00300-6)