

# Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

## *Recherche, politiques et pratiques*

Volume 46 • numéro 2 • février 2026

### Dans ce numéro

#### *Recherche quantitative originale*

- 53 Niveaux d'activité physique des Canadiens sous l'angle de l'équité en matière de santé

#### *Aperçu*

- 69 La maltraitance envers les enfants au Canada : prévalence et différences entre les genres chez les jeunes

- 75 Comportement prosocial et bonheur chez les enfants de 6 à 11 ans au Canada

#### *Corrigendum*

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

#### *Avis de publication*

- 83 Mise à jour de l'examen de la législation sur la protection de l'enfance axée sur les droits des Autochtones et le partage des données, Canada

- 84 Rapports sur des sujets précis découlant de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire de 2022

#### *Annonce*

- 85 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

Neeru Gupta, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

Rod Knight, 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

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.  
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.  
Révisseuse 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. 250258

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

## Niveaux d'activité physique des Canadiens sous l'angle de l'équité en matière de santé

Justin J. Lang, Ph. D. (1,2,3,4); Sarah E. Turner, Ph. D. (1,5); Natalie Doan, Ph. D. (1,6); Iryna Demchenko, M. Sc. (1,4,7); Stephanie A. Prince, Ph. D. (1,2); Karen C. Roberts, M. Sc. (1); Marisol T. Betancourt, M. Sc. (1); Rachel Colley, Ph. D. (8); Rabina Jahan, M.S.P. (9); Ashley Amson, Ph. D. (10,11); Jean-Philippe Chaput, Ph. D. (2,4,12)

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

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



### Résumé

**Introduction.** Cette étude a porté sur l'activité physique chez les jeunes (12 à 17 ans) et chez les adultes (18 ans et plus) vivant au Canada, en fonction de différentes catégories (genre, orientation sexuelle, groupes de population, niveau de scolarité, revenu, etc.).

**Méthodologie.** Nous avons utilisé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (N = 44 239), une vaste enquête nationale transversale, pour mesurer le temps d'activité physique quotidien autodéclaré consacré au transport actif, aux loisirs, à l'école ou au camp de jour, au travail ou en lien avec la maison, ainsi que le respect des recommandations en matière d'activité physique (au moins 60 min/jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée pour les jeunes et au moins 150 min/semaine pour les adultes) par sous-ensembles de population. Nous avons évalué les différences significatives au sein des sous-ensembles à l'aide d'analyses du khi-carré et de Tukey-Kramer.

**Résultats.** Chez les jeunes, les garçons étaient plus susceptibles de respecter la recommandation en matière d'activité physique que les filles (54,9 % contre 36,5 %). Les garçons pratiquaient plus d'activité physique récréative (36,0 contre 24,0 min/jour) et scolaire/camp de jour (24,0 contre 15,9 min/jour) que les filles. Les jeunes appartenant à un ménage du quintile de revenu le plus élevé ont mentionné davantage d'activité physique récréative que ceux appartenant à un ménage du quintile de revenu le plus faible (35,8 contre 22,1 min/jour). Chez les adultes, il existe une différence significative entre les genres en ce qui concerne le respect des recommandations en matière d'activité physique (femmes : 51,7 %; hommes : 57,4 %). Les hommes pratiquent davantage d'activité physique récréative (18,0 contre 15,1 min/jour) et au travail ou en lien avec la maison (26,4 contre 15,4 min/jour) que les femmes. L'activité physique récréative était significativement plus élevée dans les ménages aux revenus les plus élevés (22,8 min/jour) et au niveaux de scolarité les plus élevés (17,4 min/jour) que dans les ménages aux revenus les plus faibles (10,4 min/jour) et aux niveaux de scolarité les plus bas (6,9 min/jour). Peu de différences entre les sous-ensembles ont été observées pour le transport actif.

**Conclusion.** Les inégalités en matière d'activité physique persistent au Canada. Les recherches futures devraient explorer les raisons de ces inégalités afin d'éclairer les interventions.

### Points saillants

- L'inactivité physique est un important facteur de risque modifiable de maladie chronique. En identifiant les inégalités dans la participation à l'activité physique, il est possible d'orienter les politiques et les interventions équitables.
- Nous avons observé d'importantes inégalités en matière d'activité physique chez les jeunes et les adultes au Canada.
- Les plus importantes inégalités ont été observées entre les groupes du revenu et du niveau d'études, les groupes plus avantagés ayant déclaré des niveaux d'activité physique significativement plus élevés que les moins avantagés, et ce, dans tous les domaines.
- Le transport actif n'était pas significativement différent entre les sous-groupes de population, ce qui peut présenter une occasion d'améliorer équitablement les niveaux d'activité physique au niveau de la population.

### Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École d'épidémiologie et de santé publique, Département de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Alliance for Research in Exercise, Nutrition and Activity (ARENA), University of South Australia, Adélaïde (Australie-Méridionale), Australie
4. Groupe de recherche sur les saines habitudes de vie et l'obésité, Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario), Canada
5. Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
6. School of Public Health Sciences, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
7. Department of Health Sciences, Carleton University, Ottawa (Ontario), Canada
8. Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), Canada
9. Direction de la politique d'équité en matière de santé, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
10. Politique et planification, Patrimoine canadien – Sport Canada, Ottawa (Ontario), Canada
11. École interdisciplinaire des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
12. Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

**Correspondance :** Justin J. Lang, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, Avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; courriel : [justin.lang@phac-aspc.gc.ca](mailto:justin.lang@phac-aspc.gc.ca)

**Mots-clés :** *activité physique, adultes, jeunes, équité en matière de santé, genre, situation socio-économique, Canada*

## Introduction

L'activité physique est fortement associée à la santé et au bien-être<sup>1,2</sup>. On recommande aux jeunes de pratiquer au moins 60 min d'activité physique d'intensité modérée à élevée (APME) par jour pour obtenir des bénéfices optimaux en termes de santé<sup>3</sup>. Pour les adultes, la recommandation est d'au moins 150 min d'APME par semaine<sup>4</sup>. Bien que l'activité physique soit importante pour maintenir ou améliorer la santé, moins de la moitié des jeunes (43,9 %) et des adultes (49,2 %) canadiens respectent les recommandations en matière d'activité physique<sup>5</sup>. L'activité physique se pratique dans divers contextes (transport, loisirs, école/camp de jour, travail/domicile), décrits comme des « domaines », ces derniers fournissant des informations supplémentaires qui ne sont pas nécessairement apparentes si l'on considère uniquement le respect global des recommandations. Une analyse détaillée des niveaux d'activité physique par domaine, à la fois au sein et entre divers sous-ensembles de population, est donc susceptible de mieux éclairer les interventions futures et l'élaboration des politiques.

Tous les sous-ensembles de population n'ont pas les mêmes niveaux d'activité physique, en partie à cause des nombreux facteurs sociaux, économiques et environnementaux reconnus comme facteurs clés de l'état de santé, ce qui en fait une cible de comportements importante pour l'amélioration de l'équité en matière de santé. La première étape de l'application d'un objectif d'équité en santé – soit une approche stratégique et intentionnelle visant à explorer les disparités dans la réalisation d'un résultat au sein des collectivités et des sous-ensembles de population mal desservis et historiquement marginalisés – est essentielle pour générer les données probantes nécessaires à la résolution des problèmes d'équité<sup>6,7</sup>. Cet article a pour but d'aider à cibler des sous-ensembles de population n'ayant pas un niveau d'activité physique suffisant pour être ou demeurer en bonne santé<sup>8</sup>.

Chez les jeunes, plusieurs études ont exploré les disparités en matière de participation sportive<sup>9</sup>. Par exemple, certaines études américaines ont révélé des taux de

participation plus faibles, déclarés par les parents ou autodéclarés, chez les jeunes relevant de foyers socio-économiques défavorisés et de groupes minoritaires<sup>10-13</sup>. Les données canadiennes montrent que les jeunes relevant de la diversité de genre et des minorités sexuelles font état d'une moindre participation sportive, et que les jeunes relevant des minorités sexuelles ont une activité physique totale nettement inférieure à celle de leurs pairs hétérosexuels<sup>14</sup>.

Chez les adultes, plusieurs études ont porté sur l'équité/l'égalité et la diversité de l'activité physique au sein de divers sous-ensembles de population. En Suède et au Chili, les hommes adultes ont fait état de niveaux d'activité physique plus élevés que les femmes, tandis qu'en Allemagne, aucune différence entre les sexes n'a été observée en ce qui concerne l'activité physique déclarée<sup>15-17</sup>. Une vaste étude européenne a montré qu'un niveau de scolarité plus élevé était négativement associé au respect des recommandations en matière d'activité physique chez les hommes, mais pas chez les femmes<sup>18</sup>. En revanche, en Australie, aucune différence significative en matière d'activité physique n'a été observée entre les groupes de niveaux de scolarité<sup>19</sup>. À l'opposé, une étude canadienne utilisant des données d'accélérométrie a montré que les adultes ayant les niveaux de scolarité et de revenu les plus élevés étaient plus susceptibles de respecter les recommandations en matière d'activité physique que ceux ayant les niveaux les plus faibles<sup>20</sup>.

Il est évident qu'au niveau mondial, il existe des inégalités en matière d'activité physique entre les groupes sociodémographiques<sup>9,18</sup>. L'analyse des niveaux d'activité physique sous l'angle de l'équité en matière de santé est essentielle pour fournir les données probantes nécessaires à la promotion de l'équité, de la justice sociale et de l'inclusion dans les efforts de promotion de la santé, afin de garantir l'égalité des chances de mener une vie active et saine. L'outil de données sur les inégalités de santé au Canada fournit des ventilations interactives et des mesures des inégalités pour l'activité physique autodéclarée en fonction de facteurs tels que le niveau de scolarité, le revenu, le statut vis-à-vis de l'immigration, le mode de résidence et la langue parlée à la maison<sup>21</sup>. Cependant, cet outil ne rend compte que d'une seule mesure de l'activité physique, à savoir le respect des recommandations en matière d'activité physique, ce qui laisse place à

l'amélioration en vue d'étudier l'équité en matière de santé dans les différents domaines d'activité physique (école, travail, loisirs, transport actif). Les indicateurs de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS) décrivent des comportements en matière d'activité physique et de mouvement sur 24 heures au sein de divers sous-ensembles de population, en utilisant différentes sources de données<sup>22</sup>, mais ne permettent pas d'explorer les différences entre des sous-ensembles moins étudiés tels que ceux fondés sur l'orientation sexuelle, la langue ou les conditions de résidence. Nous avons cherché à étudier le respect des recommandations en matière d'activité physique, l'absence d'activité physique ainsi que l'activité physique propre à un domaine au sein de sous-ensembles de population fondés sur le genre, le groupe de population (race/ethnie/minorité visible), l'identité autochtone, le statut vis-à-vis de l'immigration, la langue parlée à la maison, le revenu du ménage, le niveau d'études le plus élevé au sein du ménage, le milieu rural/urbain, les conditions de résidence, l'orientation sexuelle (adultes uniquement), le groupe d'âge (adultes uniquement), le fait de vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques (adultes uniquement) et la situation professionnelle (adultes uniquement), et ce, pour les jeunes de 12 à 17 ans et pour les adultes de 18 ans et plus au Canada.

## Méthodologie

### Source des données

Nous avons utilisé les données nationales autodéclarées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2021, une enquête transversale récurrente qui porte sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé<sup>23</sup>. La base d'échantillonnage de l'ESCC comprend les personnes de 12 ans et plus. Ont été exclues les personnes vivant dans les réserves des Premières Nations, sur les terres de la Couronne ou en institution, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les jeunes de 12 à 17 ans vivant dans des foyers d'accueil et les personnes vivant dans les régions sanitaires québécoises du Nunavik et des Terres-Cris-de-la-Baie-James, qui forment ensemble moins de 3 % de la population canadienne. En raison de ces exclusions, le sous-ensemble de population s'identifiant comme Autochtone avait

une taille d'échantillon faible et n'était pas représentatif.

L'enquête pour le cycle 2021 s'est déroulée entre le 4 janvier 2021 et le 31 janvier 2022 et a été réalisée par téléphone au moyen d'entrevues assistées par ordinateur par du personnel formé de Statistique Canada. Le taux de réponse total de l'ESCC a été de 24,1 % (adultes : 23,8 %, jeunes : 28,4 %) <sup>23</sup>.

Les participants vivant dans les trois territoires ont été exclus de cette analyse, car plusieurs cycles sont nécessaires pour générer un échantillon de taille suffisante pour inclure les données territoriales (en l'occurrence 2021 et 2022). Les participants ayant déclaré une moyenne quotidienne de plus de 600 min d'activité physique (10 h) dans l'un des domaines d'activité physique ont été considérés comme ayant fourni une réponse aberrante et ces réponses ont également été exclues (12 adolescents et 87 adultes). Au total, 49 678 personnes ont répondu, mais seules 44 239 ont accepté de partager leurs réponses avec des partenaires tels que l'Agence de la santé publique du Canada (taux de partage de 89,1 %). Sur les 44 239 participants, 40 956 étaient des adultes (18 ans et plus) et 3 283 des jeunes (12 à 17 ans). Cette étude a utilisé la suppression de liste pour maximiser la taille de l'échantillon pour les différents sous-ensembles et les différentes mesures de l'activité physique.

Le consentement éclairé des participants a été obtenu avant les entretiens. L'autorisation verbale d'un parent ou d'un tuteur était nécessaire pour interroger les jeunes de 12 à 14 ans. L'ESCC a été approuvée par le Bureau de la gestion de la vie privée et de la coordination de l'information de Statistique Canada et par le Secrétariat de l'éthique des données. L'ESCC est utilisable à des fins de recherche sans évaluation supplémentaire par un comité d'éthique de la recherche (article 2.2 de la Déclaration de politique générale des trois conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains <sup>24</sup>).

### Mesures de l'activité physique

Nous avons mesuré la quantité d'activité physique dans quatre domaines : le transport actif, l'activité physique récréative, l'activité physique à l'école ou en camp de jour et l'activité physique au travail ou à la maison, ces domaines étant décrits en détail plus loin dans le texte. Chez les

jeunes, les questions sur l'activité physique portaient sur les quantités quotidiennes dans les 7 jours précédents, alors que chez les adultes, les questions portaient sur la quantité totale au cours des 7 jours précédents. Pour les jeunes, les quantités quotidiennes ont été additionnées et divisées par 7 pour obtenir une moyenne quotidienne, sauf pour l'activité physique à l'école ou au camp de jour où les minutes quotidiennes ont été additionnées et divisées par 5 (on a supposé qu'il n'y avait pas d'école ou de camp de jour le samedi et le dimanche). Pour les adultes, la quantité hebdomadaire totale a été divisée par 7 afin de générer une moyenne d'activité physique quotidienne pour chaque domaine. Pour toutes les catégories d'activité physique, à l'exception du transport actif, les répondants ont été invités à prendre en compte les activités qui les faisaient transpirer au moins un peu et respirer plus fort pour identifier celles d'intensité au moins modérée lorsqu'ils indiquaient la durée de l'activité. Pour les adultes, les participants ont été invités à ne mentionner que les activités d'au moins 10 min en continu.

### Transport actif

La question suivante a été posée aux jeunes participants : « Au cours des sept derniers jours, as-tu utilisé des moyens actifs comme la marche ou le vélo pour te rendre à des endroits tels que l'école, l'arrêt d'autobus, le travail, le centre d'achat ou chez des amis? » La question suivante a été posée aux participants adultes : « Au cours des sept derniers jours, avez-vous utilisé des moyens actifs tels que la marche ou le vélo pour vous rendre à des endroits tels que le travail, l'école, l'arrêt d'autobus, le centre d'achat ou chez des amis? » Le temps consacré au transport actif a été calculé sous forme de moyenne pour l'ensemble des participants (les valeurs sont faibles en raison du nombre élevé de participants ayant déclaré 0 min de transport actif).

### Activité physique récréative

La question suivante a été posée aux jeunes participants : « Au cours des sept derniers jours, as-tu pratiqué des activités physiques pendant ton temps libre, que ce soit de l'exercice, un sport organisé ou non, ou des jeux avec tes amis? » La question suivante a été posée aux participants adultes : « Au cours des sept derniers jours, avez-vous pratiqué des activités physiques sportives, de conditionnement physique ou récréatives, organisées ou

non, d'une durée minimale de 10 min en continu? »

### Activité physique à l'école ou au camp de jour

La question suivante a été posée aux jeunes participants : « Au cours des sept derniers jours, as-tu fait du sport, du conditionnement physique ou des activités physiques récréatives à l'école ou au camp de jour? »

### Activité physique au travail ou en lien avec la maison

La question suivante a été posée aux jeunes participants : « Au cours des sept derniers jours, as-tu pratiqué d'autres activités physiques que tu n'as pas déjà mentionnées, par exemple pendant que tu exerçais un travail rémunéré ou non rémunéré ou que tu aidais ta famille à effectuer des tâches ménagères? » La question suivante a été posée aux participants adultes : « Au cours des sept derniers jours, avez-vous pratiqué d'autres activités physiques au travail, dans et hors de la maison ou dans le cadre d'un travail bénévole? »

### Respect des recommandations en matière d'activité physique

Le respect des recommandations en matière d'activité physique a été calculé en additionnant le nombre total de minutes pendant lesquelles les participants se sont adonnés au transport actif et à des activités récréatives d'intensité modérée à élevée, à l'école ou en camp de jour (pour les jeunes uniquement), ainsi qu'à l'activité physique au travail ou à la maison. Le respect des recommandations a été défini comme une moyenne quotidienne de 60 min ou plus pour les jeunes et de 150 min ou plus par semaine pour les adultes, avec des séances d'au moins 10 min <sup>3,4</sup>.

### Aucune activité physique d'intensité modérée à élevée (APME) déclarée

Les participants adultes qui n'ont déclaré aucune minute d'APME ont été classés dans la catégorie « aucune activité physique déclarée ». Ce phénomène n'étant pas courant chez les jeunes, il n'a pas été exploré dans ce groupe.

### Mesures au sein de sous-ensembles de population

Les données sur l'activité physique ont été stratifiées en fonction de neuf variables mesurées dans les sous-ensembles de population correspondants, à l'aide de questions

similaires chez les jeunes et chez les adultes. Nous avons sélectionné les sous-ensembles à analyser en fonction de leur concordance avec de nombreuses catégories identifiées dans la Roue des privilèges et du pouvoir<sup>25</sup>. Les participants ont été interrogés sur leur genre (homme, femme, diversité de genre). Les groupes de population ont été mesurés en utilisant les critères de Statistique Canada<sup>26</sup>, certains ayant été regroupés pour permettre des estimations publiables : Blancs, Noirs, Asiatiques de l'Est (Chinois, Japonais et Coréens), Asiatiques du Sud-Est (y compris Philippins), Sud-Asiatiques, Asiatiques de l'Ouest et Arabes, Latino-Américains et enfin autres minorités visibles (dont les minorités visibles multiples). L'identité autochtone correspond aux Premières Nations, Métis et Inuits vivant aussi en dehors des réserves ou dans d'autres régions autochtones. Le statut vis-à-vis de l'immigration a été déterminé en demandant aux participants s'ils étaient ou avaient déjà été immigrants reçus ou résidents non permanents, avec une question complémentaire sur le nombre d'années écoulées depuis l'immigration (non-immigrant [né au Canada], 5 ans ou moins, 6 à 10 ans et plus de 10 ans). Les participants ont été interrogés sur la langue la plus souvent parlée à la maison et les données ont été classées comme suit : anglais uniquement, français uniquement, anglais et français, anglais et/ou français et autre langue ou autre langue uniquement. Le revenu des ménages avant impôt pour l'année a été ajusté au seuil de faible revenu par rapport à la taille du ménage et de la collectivité, les groupes étant divisés par quintile (le quintile le plus élevé correspondant au groupe de revenu le plus élevé). Le niveau d'études le plus élevé au sein du ménage a été mesuré à l'aide des trois catégories suivantes : moins que des études secondaires, études secondaires sans études post-secondaires et certificat, diplôme ou grade post-secondaire ou universitaire. Le milieu urbain/rural comprend quatre catégories : zone rurale (moins de 1000 habitants), petite agglomération (1000 à 29999 habitants), centre de population moyen (30000 à 99999 habitants) et grand centre urbain ( $\geq$  100000 habitants).

Des différences sont à noter entre les jeunes et les adultes en ce qui concerne les options de réponse pour la variable sur les conditions de résidence. Pour les jeunes, les conditions de résidence comportaient les catégories « vit avec deux

parents » et « vit avec un seul parent » (parents biologiques, beaux-parents ou parents adoptifs). Pour les adultes, les conditions de résidence comportaient les catégories suivantes : « personne sans attache vivant seule », « personne vivant avec conjoint(e)/partenaire sans enfant », « parent vivant avec conjoint(e)/partenaire et enfant(s) » et « parent seul vivant avec enfant(s) ».

Nous avons également inclus quatre variables pour les adultes uniquement. L'orientation sexuelle a été classée en utilisant les options de réponse suivantes : « hétérosexuel(le) », « homosexuel(le) » et « bisexuel(le) ou pansexuel(le) ». L'âge a été catégorisé de la manière suivante : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 à 79 ans et 80 ans et plus. Les participants ont été invités à déclarer s'ils souffraient d'une des affections chroniques ou de longue durée suivantes, diagnostiquées par un professionnel de la santé : diabète, arthrite, maladie cardiaque, troubles d'anxiété (dont la phobie et le trouble obsessionnel-compulsif) ou de dépression (dépression, bipolarité, manie, dysthymie, etc.), cancer, maladie d'Alzheimer ou séquelles d'accident vasculaire cérébral (AVC). De plus, une variable a été créée pour indiquer la présence d'une de ces maladies chroniques, de deux de ces maladies chroniques ou plus (multimorbidité) ou d'aucune maladie chronique<sup>27</sup>. Enfin, les participants de 18 à 75 ans ont été invités à faire état de leur situation professionnelle en indiquant, pour la semaine précédente, s'ils avaient travaillé, s'ils étaient absents de leur emploi ou s'ils étaient au chômage. Les participants ayant déclaré avoir travaillé ont été répartis en fonction de leur horaire de travail (à temps partiel ou à temps plein).

### Analyses statistiques

Pour toutes les analyses, nous avons inclus les poids d'échantillonnage et les poids *bootstrap* fournis par Statistique Canada afin de tenir compte de la complexité de conception de l'enquête. Nous avons calculé la prévalence avec intervalles de confiance (IC) à 95 % pour chaque variable des sous-ensembles de population pour les mesures catégorielles de l'activité physique (par exemple, respect des recommandations en matière d'activité physique ou absence d'activité physique), ainsi que les moyennes et les IC à 95 % correspondants pour les mesures continues de l'activité physique (nombre

de minutes par jour de transport actif, d'activité physique récréative, d'activité physique à l'école ou en camp de jour et d'activité physique au travail ou en lien avec la maison). Les différences entre les groupes pour les mesures catégorielles de l'activité physique ont été évaluées à l'aide d'analyses du khi-carré. Les différences entre les groupes pour les mesures continues de l'activité physique ont été évaluées à l'aide de tests *post hoc* de Tukey-Kramer, ajustés pour les comparaisons multiples, afin de repérer les différences significatives entre les moyennes des groupes pour ces variables. Pour ces tests *post hoc*, nous avons utilisé un coefficient alpha de  $p \leq 0,001$  pour identifier les différences hautement significatives entre groupes. Conformément aux directives de publication de Statistique Canada, nous avons supprimé les estimations présentant des coefficients de variation élevés ( $> 35\%$ )<sup>23</sup>. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide 7.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

## Résultats

### Activité physique chez les jeunes

Le tableau 1 fournit un aperçu des différences entre sous-ensembles de population en matière d'activité physique chez les jeunes. Le pourcentage de filles (36,5 %) respectant les recommandations en matière d'activité physique est inférieur de près de 20 points de pourcentage à celui des garçons (54,9 %). Les filles ont un nombre moyen de minutes d'activité physique récréative (24,0 contre 36,0 min/jour) et d'école ou de camp de jour (15,9 contre 24,0 min/jour) significativement inférieur à celui des garçons. Il n'y a pas de différences significatives entre les genres en ce qui concerne le transport actif ou l'activité physique au travail ou en lien avec la maison. Les participants d'Asie du Sud sont ceux qui ont mentionné le moins de temps dans les transports actifs (12,1 min/jour) tandis que ceux d'Asie du Sud-Est sont ceux qui ont mentionné le moins d'activité physique à l'école ou au camp de jour (10,7 min/jour). Des différences significatives ont été observées dans le respect des recommandations en matière d'activité physique et dans l'activité physique à l'école ou au camp de jour au sein du sous-ensemble de population d'identité autochtone. Comparativement aux non-immigrants (personnes nées au Canada), les jeunes ayant

**TABLEAU 1**  
Différences d'activité physique par sous-ensembles de population chez les jeunes de 12 à 17 ans, Canada

	Taille de l'échantillon non pondéré (ligne) fourchette selon les variables de l'AP	Respect de la recommandation d'AP (au moins 60 min/jour) % (IC à 95 %)	Transport actif (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP récréative (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP à l'école/au camp de jour (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP au travail ou en lien avec la maison (min/jour) moyenne (IC à 95 %)
<b>Taille de l'échantillon non pondéré (colonne) (n)</b>		3 043	3 160	3 189	3 234	3 237
<b>Genre</b>						
Garçons	1 573 à 1 674	54,9 (51,1 à 58,7)	25,3 (22,0 à 28,7) <sup>a</sup>	36,0 (32,6 à 39,4) <sup>a</sup>	24,0 (21,1 à 26,9) <sup>a</sup>	8,5 (6,6 à 10,4) <sup>a</sup>
Filles	1441 à 1539	36,5 (32,8 à 40,2)	20,9 (17,2 à 24,7) <sup>a</sup>	24,0 (20,5 à 27,5) <sup>b</sup>	15,9 (14,1 à 17,7) <sup>b</sup>	7,0 (5,3 à 8,7) <sup>a</sup>
Diversité de genre	c	F	F	F	F	F
Valeur p		< 0,0001				
<b>Groupe de population</b>						
Blanc	2118 à 2259	49,3 (45,9 à 52,6)	22,5 (20,2 à 24,7) <sup>a</sup>	31,6 (29,0 à 34,2) <sup>a</sup>	21,7 (19,3 à 24,1) <sup>a</sup>	8,2 (6,6 à 9,7) <sup>a</sup>
Noir	119 à 124	33,3 (21,2 à 45,5) <sup>E</sup>	13,0 (7,9 à 18,1) <sup>a,b,E</sup>	24,8 (10,5 à 39,1) <sup>a,E</sup>	18,4 (10,4 à 26,4) <sup>a,b,E</sup>	F
Asie de l'Est (Chine, Japon, Corée)	118 à 124	42,4 (29,7 à 55,0) <sup>E</sup>	F	35,5 (14,1 à 56,9) <sup>a,E</sup>	26,5 (14,1 à 56,9) <sup>a,b,E</sup>	F
Asie du Sud-Est (incluant les Philippines)	123 à 127	45,9 (33,0 à 58,7)	29,8 (18,3 à 41,2) <sup>a,b,E</sup>	27,5 (17,4 à 37,6) <sup>a,E</sup>	10,7 (6,5 à 14,8) <sup>b,E</sup>	F
Asie du Sud	128 à 133	34,6 (23,8 à 45,3) <sup>E</sup>	12,1 (8,1 à 16,2) <sup>b,E</sup>	27,6 (18,9 à 36,3) <sup>a,E</sup>	21,2 (14,7 à 27,8) <sup>a,b,E</sup>	4,7 (2,0 à 7,3) <sup>a,E</sup>
Asie de l'Ouest et pays arabes	101 à 110	29,9 (19,4 à 40,4) <sup>E</sup>	17,9 (10,4 à 25,4) <sup>a,b,E</sup>	23,4 (16,4 à 30,5) <sup>a,E</sup>	14,6 (7,5 à 21,6) <sup>a,b,E</sup>	F
Amérique latine	39 à 41	83,5 (69,3 à 97,8)	67,9 (34,4 à 101,3) <sup>a,b,E</sup>	46,4 (17,7 à 75,1) <sup>a,E</sup>	F	F
Autre minorité visible (y compris minorités visibles multiples)	28 à 31	F	15,8 (8,1 à 23,5) <sup>E</sup>	F	F	F
Valeur p		< 0,0001				
<b>Identité autochtone</b>						
Premières Nations	122 à 134	32,7 (20,8 à 44,6) <sup>E</sup>	18,4 (10,1 à 26,7) <sup>a,E</sup>	19,9 (11,0 à 28,8) <sup>a,E</sup>	7,6 (4,0 à 11,2) <sup>a,E</sup>	F
Métis	106 à 117	63,8 (49,8 à 77,8)	38,5 (24,9 à 52,1) <sup>a,E</sup>	26,0 (17,1 à 34,9) <sup>a,E</sup>	23,5 (15,7 à 31,3) <sup>b,E</sup>	F
Inuit	d	F	F	F	F	F
Valeur p		0,0003				

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
Différences d'activité physique par sous-ensembles de population chez les jeunes de 12 à 17 ans, Canada

	Taille de l'échantillon non pondéré (ligne) fourchette selon les variables de l'AP	Respect de la recommandation d'AP (au moins 60 min/jour) % (IC à 95 %)	Transport actif (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP récréative (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP à l'école/au camp de jour (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP au travail ou en lien avec la maison (min/jour) moyenne (IC à 95 %)
<b>Immigration</b>						
Non-immigrant (né au Canada)	2678 à 2853	48,4 (45,5 à 51,4)	24,1 (21,3 à 26,9) <sup>a</sup>	31,7 (29,0 à 34,5) <sup>a</sup>	20,6 (18,7 à 22,5) <sup>a</sup>	8,4 (6,9 à 9,9) <sup>a</sup>
5 ans ou moins depuis l'immigration	116 à 120	23,2 (12,7 à 33,6) <sup>E</sup>	14,4 (9,1 à 19,7) <sup>a,E</sup>	12,1 (7,9 à 16,3) <sup>b,E</sup>	13,7 (8,2 à 19,3) <sup>a,E</sup>	4,4 (1,5 à 7,3) <sup>a,b,E</sup>
6 à 10 ans depuis l'immigration	98 à 104	40,4 (27,9 à 52,9) <sup>E</sup>	20,4 (12,0 à 28,8) <sup>a,E</sup>	29,0 (20,5 à 37,6) <sup>a,b,E</sup>	20,5 (11,9 à 29,1) <sup>a,E</sup>	2,7 (0,9 à 4,4) <sup>b,E</sup>
Plus de 10 ans depuis l'immigration	88 à 94	33,3 (20,3 à 46,3) <sup>E</sup>	18,3 (10,6 à 26,0) <sup>a,E</sup>	24,8 (12,4 à 37,1) <sup>a,b,E</sup>	19,1 (9,6 à 28,6) <sup>a,E</sup>	<sup>F</sup>
Valeur <i>p</i>		0,0003				
<b>Langue parlée le plus souvent à la maison</b>						
Anglais seulement	1924 à 2039	47,8 (44,2 à 51,3)	22,2 (19,9 à 24,5) <sup>a</sup>	31,3 (28,4 à 34,1) <sup>a</sup>	21,4 (19,1 à 23,7) <sup>a</sup>	8,2 (6,6 à 9,8) <sup>a</sup>
Français seulement	552 à 614	45,4 (39,4 à 51,4)	22,3 (17,2 à 27,3) <sup>a</sup>	27,6 (23,0 à 32,3) <sup>a</sup>	20,3 (15,1 à 25,5) <sup>a</sup>	6,0 (3,1 à 9,0) <sup>a,E</sup>
Anglais et français	107 à 114	54,5 (41,0 à 68,0)	23,1 (15,7 à 30,5) <sup>a,E</sup>	31,7 (22,9 à 40,6) <sup>a</sup>	20,7 (12,0 à 29,4) <sup>a,E</sup>	7,9 (3,6 à 12,3) <sup>a,E</sup>
Anglais et/ou français, et autre langue	271 à 282	40,7 (32,5 à 48,9)	23,2 (15,4 à 31,0) <sup>a,E</sup>	27,6 (20,4 à 34,8) <sup>a</sup>	15,6 (12,1 à 19,1) <sup>a</sup>	7,8 (3,4 à 12,3) <sup>a,E</sup>
Autre langue seulement	184 à 194	41,2 (30,5 à 51,9)	33,2 (13,3 à 53,0) <sup>a,E</sup>	31,4 (16,6 à 46,3) <sup>a,E</sup>	15,8 (9,2 à 22,4) <sup>a,E</sup>	7,9 (3,5 à 12,2) <sup>a,E</sup>
Valeur <i>p</i>		0,3041				
<b>Revenu du ménage</b>						
Quintile 1 (le plus bas)	654 à 686	37,7 (32,4 à 43,0)	23,6 (18,7 à 28,4) <sup>a</sup>	22,1 (18,2 à 26,0) <sup>a</sup>	16,0 (12,7 à 19,2) <sup>a</sup>	8,3 (5,5 à 11,2) <sup>a,E</sup>
Quintile 2	607 à 654	46,7 (40,6 à 52,8)	25,2 (19,9 à 30,4) <sup>a</sup>	31,8 (25,7 à 37,9) <sup>a,b</sup>	17,4 (14,4 à 20,4) <sup>a</sup>	8,2 (5,1 à 11,3) <sup>a,E</sup>
Quintile 3	633 à 678	42,8 (36,5 à 49,0)	22,6 (14,6 à 30,6) <sup>a,E</sup>	33,6 (27,1 à 40,1) <sup>a,b</sup>	17,5 (14,2 à 20,7) <sup>a</sup>	5,7 (4,1 à 7,3) <sup>a</sup>
Quintile 4	567 à 602	52,2 (46,0 à 58,5)	21,9 (17,8 à 26,0) <sup>a</sup>	30,8 (26,0 à 35,6) <sup>a,b</sup>	22,3 (18,5 à 26,0) <sup>a</sup>	8,8 (5,4 à 12,2) <sup>a,E</sup>
Quintile 5 (le plus élevé)	480 à 509	53,1 (46,3 à 59,8)	23,2 (18,9 à 27,5) <sup>a</sup>	35,8 (30,3 à 41,4) <sup>b</sup>	30,3 (23,2 à 37,3) <sup>a</sup>	7,4 (3,8 à 10,9) <sup>a,E</sup>
Valeur <i>p</i>		0,0045				
<b>Niveau d'études le plus élevé au sein du ménage</b>						
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	104 à 115	40,6 (25,8 à 55,4)	29,9 (15,0 à 44,8) <sup>a,E</sup>	20,4 (7,7 à 33,0) <sup>a,E</sup>	15,9 (5,1 à 26,7) <sup>a,E</sup>	9,3 (2,9 à 15,6) <sup>a,E</sup>
Diplôme d'études secondaires, pas d'éducation postsecondaire	313 à 338	50,4 (42,5 à 58,3)	27,0 (19,6 à 34,4) <sup>a</sup>	32,8 (22,1 à 43,5) <sup>a,E</sup>	17,2 (13,5 à 21,0) <sup>a</sup>	10,4 (7,0 à 13,8) <sup>a,E</sup>
Certificat/diplôme/grade post-secondaire ou universitaire	2564 à 2714	46,0 (42,9 à 49,1)	21,6 (19,5 à 23,7) <sup>a</sup>	30,0 (27,7 à 32,2) <sup>a</sup>	20,5 (18,5 à 22,4) <sup>a</sup>	7,4 (6,0 à 8,9) <sup>a</sup>
Valeur <i>p</i>		0,4885				

Suite à la page suivante



**TABLEAU 1 (suite)**  
**Différences d'activité physique par sous-ensembles de population chez les jeunes de 12 à 17 ans, Canada**

	Taille de l'échantillon non pondéré (ligne fourchette selon les variables de l'AP)	Respect de la recommandation d'AP (au moins 60 min/jour) % (IC à 95 %)	Transport actif (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP récréative (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP à l'école/au camp de jour (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP au travail ou en lien avec la maison (min/jour) moyenne (IC à 95 %)
<b>Milieu rural/urbain</b>						
Zone rurale (moins de 1 000 hab.)	883 à 934	53,0 (48,5 à 57,5)	21,3 (17,8 à 24,8) <sup>a</sup>	34,2 (29,9 à 38,6) <sup>a</sup>	23,5 (20,5 à 26,4) <sup>a</sup>	12,7 (9,3 à 16,2) <sup>a</sup>
Petite agglomération (1 000 à 29 999 hab.)	624 à 673	49,1 (43,5 à 54,6)	23,0 (18,7 à 27,2) <sup>a</sup>	30,1 (26,1 à 34,2) <sup>a</sup>	20,7 (15,1 à 26,4) <sup>a</sup>	9,7 (6,6 à 12,8) <sup>a,E</sup>
Centre de population moyen (30 000 à 99 999 hab.)	356 à 386	43,3 (36,2 à 50,3)	18,9 (14,6 à 23,1) <sup>a</sup>	28,2 (22,9 à 33,5) <sup>a</sup>	17,5 (13,3 à 21,6) <sup>a</sup>	7,6 (4,4 à 10,8) <sup>a,E</sup>
Grand centre urbain (≥ 100 000 hab.)	1180 à 1245	43,7 (39,7 à 47,7)	24,4 (20,6 à 28,2) <sup>a</sup>	29,4 (25,7 à 33,1) <sup>a</sup>	19,1 (16,7 à 21,4) <sup>a</sup>	5,9 (4,2 à 7,5) <sup>a</sup>
Valeur <i>p</i>		0,02				
<b>Mode de résidence</b>						
Vit avec deux parents	2155 à 2284	47,8 (44,5 à 51,1)	22,2 (19,8 à 24,6) <sup>a</sup>	31,3 (28,7 à 33,9) <sup>a</sup>	20,9 (18,8 à 23,0) <sup>a</sup>	8,2 (6,6 à 9,9) <sup>a</sup>
Vit avec un seul parent	566 à 613	42,7 (37,0 à 48,5)	23,5 (18,8 à 28,2) <sup>a</sup>	25,6 (20,5 à 30,7) <sup>a</sup>	17,2 (13,7 à 20,7) <sup>a</sup>	6,8 (4,4 à 9,3) <sup>a,E</sup>
Valeur <i>p</i>		0,1561				

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2021.

**Abréviations :** AP, activité physique; APME, activité physique d'intensité modérée à élevée; CV, coefficient de variation; IC, intervalle de confiance.

**Remarques :** Les valeurs *p* ont été calculées à l'aide de tests du khi-carré. Les moyennes avec des exposants différents (<sup>a</sup> ou <sup>b</sup>) indiquent que les moyennes étaient statistiquement significativement différentes à  $p \leq 0,001$  sur la base des comparaisons *post hoc* de Tukey-Kramer (la même lettre en exposant indique que les moyennes ne sont pas statistiquement différentes l'une de l'autre).

<sup>c</sup> 25 personnes ayant déclaré un genre différent ont été exclues de l'analyse.

<sup>d</sup> 12 personnes s'étant identifiées comme inuites ont été exclues de l'analyse.

<sup>e</sup> Ces estimations sont associées à une forte variabilité d'échantillonnage ( $15 < CV \leq 35$ ).

<sup>f</sup> Ces estimations ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada et ne peuvent donc pas être publiées ( $CV > 35$ ).

immigré au Canada dans les cinq dernières années ont mentionné une activité physique récréative significativement plus faible (12,1 contre 31,7 min/jour). Les jeunes relevant du quintile de revenu le plus bas ont mentionné une activité physique récréative significativement plus faible que ceux relevant du quintile de revenu le plus élevé (22,1 contre 35,8 min/jour). Il n'y a pas de différences significatives selon la langue parlée le plus souvent à la maison, le niveau d'études au sein du ménage, le milieu rural/urbain ou le mode de résidence.

### Activité physique chez les adultes

Le tableau 2 fournit un aperçu des différences entre sous-ensembles de population en matière d'activité physique chez les adultes. Les femmes (51,7 %) sont nettement moins nombreuses que les hommes (57,4 %) à respecter les recommandations en matière d'activité physique. Les femmes (23,7 %) sont également significativement plus nombreuses que les hommes (21,1 %) à ne pas faire d'activité physique. Ces différences entre les genres en matière de respect des recommandations sont surtout attribuables à des différences significatives dans l'activité physique récréative (15,1 contre 18,0 min/jour) et l'activité physique au travail ou en lien avec la maison (15,4 contre 26,4 min/jour). Comme pour les jeunes, il n'y a pas de différences significatives entre les genres en ce qui concerne le transport actif chez les adultes. Parmi les groupes de population, les Asiatiques de l'Est (11,7 min/jour), les Asiatiques du Sud (11,8 min/jour) et les Asiatiques de l'Ouest (10,7 min/jour) sont ceux qui présentent les niveaux d'activité physique au travail ou en lien avec la maison les plus faibles. Il n'y a pas de différences significatives dans le sous-ensemble de population d'identité autochtone. Par rapport aux non-immigrants, les immigrants vivant au Canada depuis plus de 10 ans ont mentionné une activité physique récréative (13,6 contre 17,6 min/jour) et une activité physique au travail ou en lien avec la maison (15,5 contre 23,3 min/jour) significativement plus faibles. Les adultes parlant le plus souvent à la maison une autre langue (12,2 min/jour) ou le français uniquement (17,6 min/jour) avaient une activité physique au travail ou en lien avec la maison significativement plus faible que ceux parlant uniquement l'anglais (23,7 min/jour). Il y a un gradient significatif en matière de revenu et de niveau de scolarité des ménages,

les niveaux les plus élevés étant associés à une plus grande activité physique récréative. Les personnes appartenant aux sous-ensembles de revenu le plus élevé (22,8 min/jour) et de niveau de scolarité le plus élevé (17,4 min/jour) ont mentionné plus du double d'activité physique récréative par rapport aux sous-ensembles du revenu le plus faible (10,4 min/jour) et du niveau de scolarité le plus faible (6,9 min/jour). Les adultes vivant en zone rurale ont mentionné une activité physique au travail ou en lien avec la maison significativement plus importante que ceux vivant dans de grands centres urbains (29,9 contre 17,5 min/jour). On observe également un gradient d'âge significatif : les personnes de 65 à 79 ans et de 80 ans et plus ont fait état de nettement moins d'activité physique que les plus jeunes dans la plupart des domaines d'activité physique. Les adultes atteints de multimorbidité ont également mentionné des niveaux d'activité physique significativement plus faibles dans tous les domaines par rapport aux participants ne souffrant d'aucune ou d'une seule maladie chronique. Enfin, les adultes sans emploi ont mentionné beaucoup moins d'activité physique au travail ou en lien avec la maison que leurs homologues ayant un emploi (13,2 contre 27,8 min/jour).

### Analyse

En utilisant un large échantillon national de personnes vivant au Canada, nous avons cherché à explorer, chez les jeunes et chez les adultes, les différences dans l'activité physique autodéclarée au sein de sous-ensembles de population en utilisant une optique d'équité en matière de santé. Nos résultats ont permis de relever des inégalités en matière d'activité physique au sein de plusieurs sous-ensembles. Le pourcentage de filles et de femmes qui respectent les recommandations en matière d'activité physique est nettement inférieur à celui des garçons et des hommes et les filles et les femmes mentionnent également moins de minutes d'activité physique dans la plupart des domaines. Le pourcentage de filles répondant aux recommandations en matière d'activité physique est inférieur de près de 20 points de pourcentage à celui des garçons, avec des différences réduites mais significatives persistant à l'âge adulte. Chez les jeunes comme chez les adultes, nous avons constaté un gradient de revenu et de scolarité, les sous-ensembles les plus favorisés faisant état d'une activité physique

récréative significativement plus importante que leurs homologues moins favorisés. En matière de transport actif, il n'y a aucune différence entre les sous-ensembles de population, que ce soit chez les jeunes ou chez les adultes.

En comparant nos résultats avec des données utilisant des mesures objectives (accéléromètres), nous avons observé quelques incohérences. Colley et al.<sup>20</sup> ont constaté que les adultes sans conjoint ni enfant offraient le pourcentage le plus élevé de respect des recommandations en matière d'activité physique. Or nos résultats indiquent que les adultes vivant seuls ont le pourcentage le plus faible de respect des recommandations en matière d'activité physique par rapport aux autres modes de résidence. Cette divergence de résultats pourrait être attribuable à un biais d'auto-évaluation, bien qu'il soit difficile de comprendre pleinement la raison de ces différences. Il demeure qu'il y a eu plusieurs convergences entre nos résultats d'une part et les indicateurs de l'APCSS<sup>5</sup> et les résultats mesurés par Colley et al.<sup>20</sup> chez les adultes d'autre part, en particulier un gradient décroissant de respect des recommandations avec l'âge, un pourcentage plus élevé de respect des recommandations d'activité physique chez les hommes par rapport aux femmes et un gradient croissant de respect des recommandations d'activité physique avec des niveaux de scolarité plus élevés. En outre, nos résultats pour les jeunes correspondent aux résultats mesurés par les indicateurs APCSS, qui montrent un pourcentage plus élevé de respect des recommandations en matière d'activité physique chez les garçons que chez les filles de 5 à 17 ans.

Les inégalités importantes en matière d'activité physique selon le sexe et le genre restent préoccupantes au Canada, ce qui est conforme à d'autres recherches<sup>28,29</sup>. Nos résultats ont montré un écart significatif plus important entre les genres en ce qui concerne le respect des recommandations en matière d'activité physique chez les jeunes, l'écart se réduisant mais restant significativement différent entre les hommes et les femmes à l'âge adulte. Nos données suggèrent que la réduction de l'écart entre les genres en matière d'activité physique pourrait être attribuable à un changement important de l'activité physique récréative chez les adultes par rapport aux jeunes, ce qui devrait faire l'objet d'une étude plus approfondie.

**TABEAU 2**  
Différences d'activité physique par sous-ensembles de population chez les adultes de 18 ans et plus, Canada

	Taille de l'échantillon non pondéré (ligne) fourchette pour toutes les variables de l'AP	Respect des recommandations en matière d'activité physique (au moins 150 min/semaine) % (IC à 95 %)	Pas d'APME déclarée % (IC à 95 %)	Transport actif (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP récréative (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP au travail ou en lien avec la maison (min/jour) moyenne (IC à 95 %)
<b>Taille de l'échantillon non pondéré (colonne) (n)</b>		40 430	40 430	40 747	40 790	40 611
<b>Genre</b>						
Hommes	18 084 à 18 248	57,4 (56,1 à 58,6)	21,1 (20,0 à 22,1)	14,2 (13,1 à 15,2) <sup>a</sup>	18,0 (17,1 à 18,8) <sup>a</sup>	26,4 (24,8 à 28,0) <sup>a</sup>
Femmes	22 283 à 22 476	51,7 (50,5 à 52,9)	23,7 (22,8 à 24,7)	12,4 (11,6 à 13,2) <sup>a</sup>	15,1 (14,1 à 16,1) <sup>b</sup>	15,4 (14,2 à 16,5) <sup>b</sup>
Diversité de genre	47	F	F	F	10,6 (4,1 à 17,1) <sup>a,b,E</sup>	F
Valeur p		< 0,0001	0,0012			
<b>Groupe de population</b>						
Blanc	34 413 à 34 859	57,0 (56,1 à 57,8)	21,5 (20,8 à 22,2)	13,3 (12,6 à 14,0) <sup>a</sup>	17,4 (16,7 à 18,0) <sup>a</sup>	22,6 (21,5 à 23,7) <sup>a</sup>
Noir	624 à 634	46,4 (40,0 à 52,7)	23,1 (17,8 à 28,4)	12,1 (9,1 à 15,2) <sup>a</sup>	11,6 (9,0 à 14,2) <sup>a</sup>	16,7 (11,2 à 22,2) <sup>a,b,E</sup>
Asie de l'Est (Chine, Japon, Corée)	1 067 à 1 077	44,3 (39,6 à 48,9)	24,3 (20,3 à 28,2)	10,1 (8,0 à 12,1) <sup>a</sup>	16,8 (10,3 à 23,3) <sup>a,E</sup>	11,7 (8,1 à 15,2) <sup>b,E</sup>
Asie du Sud-Est (incluant les Philippines)	711 à 722	50,3 (44,3 à 56,3)	26,3 (21,0 à 31,7)	13,4 (10,0 à 16,9) <sup>a</sup>	12,0 (9,0 à 14,9) <sup>a</sup>	22,4 (14,5 à 30,4) <sup>a,b,E</sup>
Asie du Sud	840 à 847	44,4 (39,2 à 49,6)	28,1 (23,5 à 32,7)	12,1 (8,9 à 15,3) <sup>a</sup>	13,0 (10,8 à 15,2) <sup>a</sup>	11,8 (7,7 à 16,0) <sup>b,E</sup>
Asie de l'Ouest et pays arabes	341 à 345	44,0 (35,9 à 52,1)	23,8 (17,5 à 30,1)	13,9 (9,6 à 18,2) <sup>a,E</sup>	11,1 (8,2 à 14,0) <sup>a</sup>	10,7 (5,1 à 16,3) <sup>b,E</sup>
Amérique latine	253 à 255	54,9 (45,5 à 64,4)	19,3 (12,6 à 26,0) <sup>E</sup>	20,8 (9,5 à 32,1) <sup>a,E</sup>	17,6 (11,7 à 23,4) <sup>a,E</sup>	14,9 (6,2 à 23,7) <sup>a,b,E</sup>
Autre minorité visible (y compris minorités visibles multiples)	159 à 160	48,3 (35,3 à 61,3)	28,2 (16,6 à 39,7) <sup>E</sup>	10,9 (5,8 à 16,0) <sup>a,E</sup>	12,4 (8,3 à 16,5) <sup>a,E</sup>	14,0 (7,4 à 20,7) <sup>a,b,E</sup>
Valeur p		< 0,0001	0,0209			
<b>Identité autochtone</b>						
Premières Nations	775 à 782	53,1 (46,6 à 59,6)	24,9 (19,8 à 29,9)	12,6 (9,4 à 15,8) <sup>a</sup>	18,8 (13,1 à 24,5) <sup>a,E</sup>	21,6 (14,9 à 28,3) <sup>a,E</sup>
Métis	859 à 870	67,4 (61,9 à 72,9)	16,0 (12,2 à 19,8)	24,5 (9,3 à 39,6) <sup>a,E</sup>	17,9 (13,8 à 22,0) <sup>a</sup>	39,2 (28,9 à 49,6) <sup>a</sup>
Inuit	46 à 47	66,5 (45,6 à 87,5) <sup>E</sup>	F	15,0 (5,3 à 24,8) <sup>a,E</sup>	15,1 (5,4 à 24,8) <sup>a,E</sup>	F
Valeur p		0,0004	0,0018			
<b>Immigration</b>						
Non-immigrant (né au Canada)	33 743 à 34 040	57,3 (56,3 à 58,2)	20,8 (20,1 à 21,5)	13,4 (12,6 à 14,2) <sup>a</sup>	17,6 (17,0 à 18,3) <sup>a</sup>	23,3 (22,1 à 24,4) <sup>a</sup>
5 ans ou moins depuis l'immigration	732 à 738	46,0 (40,1 à 51,9)	20,0 (15,6 à 24,4)	12,7 (10,3 à 15,1) <sup>a</sup>	13,0 (9,8 à 16,2) <sup>a,b</sup>	14,7 (9,5 à 20,0) <sup>a,b,E</sup>
6 à 10 ans depuis l'immigration	703 à 706	46,5 (40,7 à 52,3)	22,3 (17,6 à 27,1)	12,3 (9,2 à 15,3) <sup>a</sup>	17,5 (8,1 à 26,9) <sup>a,b,E</sup>	13,2 (8,6 à 17,9) <sup>b,E</sup>
Plus de 10 ans depuis l'immigration	4 561 à 4 601	49,1 (46,8 à 51,4)	27,7 (25,5 à 29,8)	12,7 (11,1 à 14,3) <sup>a</sup>	13,6 (12,3 à 14,8) <sup>b</sup>	15,5 (13,3 à 17,6) <sup>b</sup>
Valeur p		< 0,0001	< 0,0001			

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
Différences d'activité physique par sous-ensembles de population chez les adultes de 18 ans et plus, Canada

	Taille de l'échantillon non pondéré (ligne) fourchette pour toutes les variables de l'AP	Respect des recommandations en matière d'activité physique (au moins 150 min/semaine) % (IC à 95 %)	Pas d'APME déclarée % (IC à 95 %)	Transport actif (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP récréative (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP au travail ou en lien avec la maison (min/jour) moyenne (IC à 95 %)
<b>Langue parlée le plus souvent à la maison</b>						
Anglais seulement	29 738 à 30 002	57,6 (56,6 à 58,7)	20,7 (19,9 à 21,5)	13,6 (12,8 à 14,4) <sup>a</sup>	17,5 (16,8 à 18,2) <sup>a</sup>	23,7 (22,4 à 25,0) <sup>a</sup>
Français seulement	5 873 à 5 931	53,0 (51,1 à 54,8)	22,7 (21,2 à 24,2)	13,6 (11,8 à 15,4) <sup>a</sup>	15,7 (14,5 à 16,8) <sup>a</sup>	17,6 (15,5 à 19,7) <sup>b</sup>
Anglais et français	1 020 à 1 030	59,6 (54,7 à 64,4)	17,0 (13,7 à 20,3)	12,7 (10,2 à 15,3) <sup>a</sup>	18,1 (15,5 à 20,7) <sup>a</sup>	16,9 (12,3 à 21,5) <sup>a,b</sup>
Anglais et/ou français, et autre langue	1 988 à 1 999	47,8 (44,3 à 51,3)	27,5 (24,2 à 30,8)	10,9 (8,8 à 12,9) <sup>a</sup>	14,4 (12,6 à 16,2) <sup>a</sup>	19,0 (15,0 à 23,0) <sup>a,b</sup>
Autre langue seulement	1 675 à 1 690	44,4 (40,8 à 47,9)	27,4 (24,3 à 30,4)	13,3 (10,8 à 15,8) <sup>a</sup>	13,8 (9,8 à 17,8) <sup>a</sup>	12,2 (9,4 à 14,9) <sup>b</sup>
Valeur p		< 0,0001	< 0,0001			
<b>Revenu du ménage</b>						
Quintile 1 (le plus bas)	8 990 à 9 089	43,3 (41,4 à 45,2)	31,4 (29,7 à 33,1)	13,3 (12,0 à 14,5) <sup>a</sup>	10,4 (9,4 à 11,3) <sup>a</sup>	16,5 (14,5 à 18,5) <sup>a</sup>
Quintile 2	8 475 à 8 556	50,8 (48,7 à 52,8)	24,2 (22,5 à 25,8)	14,9 (12,8 à 16,9) <sup>a</sup>	13,9 (12,6 à 15,1) <sup>b</sup>	23,5 (20,7 à 26,4) <sup>b</sup>
Quintile 3	8 120 à 8 183	55,7 (53,7 à 57,6)	22,3 (20,6 à 23,9)	12,8 (11,5 à 14,0) <sup>a</sup>	16,5 (15,2 à 17,7) <sup>b,c</sup>	23,0 (20,6 à 25,4) <sup>b</sup>
Quintile 4	7 384 à 7 445	59,0 (56,9 à 61,0)	18,4 (16,8 à 20,0)	12,3 (10,9 à 13,8) <sup>a</sup>	19,0 (17,8 à 20,2) <sup>c,d</sup>	19,3 (17,4 à 21,3) <sup>a,b</sup>
Quintile 5 (le plus élevé)	7 461 à 7 521	63,8 (62,0 à 65,6)	15,7 (14,3 à 17,1)	13,1 (11,9 à 14,3) <sup>a</sup>	22,8 (20,7 à 24,9) <sup>d</sup>	22,0 (19,9 à 24,0) <sup>a,b</sup>
Valeur p		< 0,0001	< 0,0001			
<b>Niveau d'études le plus élevé au sein du ménage</b>						
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	3 124 à 3 169	32,2 (29,2 à 35,2)	45,5 (43,4 à 49,7)	11,2 (8,5 à 13,9) <sup>a</sup>	6,9 (5,3 à 8,6) <sup>a</sup>	14,8 (11,3 à 18,3) <sup>a</sup>
Diplôme d'études secondaires, pas de scolarité post-secondaire	6 290 à 6 362	46,1 (43,8 à 48,4)	31,0 (28,9 à 33,2)	12,1 (10,4 à 13,8) <sup>a</sup>	12,4 (11,0 à 13,9) <sup>b</sup>	21,3 (18,9 à 23,7) <sup>a</sup>
Certificat/diplôme/grade postsecondaire ou universitaire	30 486 à 30 707	56,9 (55,9 à 57,9)	19,8 (19,1 à 20,6)	13,4 (12,7 à 14,1) <sup>a</sup>	17,4 (16,8 à 18,0) <sup>c</sup>	21,0 (19,9 à 22,1) <sup>a</sup>
Valeur p		< 0,0001	< 0,0001			
<b>Milieu rural/urbain</b>						
Zone rurale (moins de 1 000 hab.)	11 576 à 11 702	56,4 (54,9 à 57,9)	23,1 (21,9 à 24,3)	11,6 (10,3 à 12,9) <sup>a</sup>	17,6 (16,3 à 18,8) <sup>a</sup>	29,9 (27,8 à 32,0) <sup>a</sup>
Petit centre de population (1 000 à 29 999 hab.)	8 513 à 8 596	53,9 (52,1 à 55,8)	23,7 (21,1 à 25,2)	11,7 (10,6 à 12,7) <sup>a</sup>	16,6 (15,3 à 17,9) <sup>a</sup>	23,0 (20,5 à 25,5) <sup>b</sup>
Centre de population moyen (30 000 à 99 999 hab.)	4 982 à 5 020	52,7 (50,5 à 55,0)	23,0 (21,0 à 24,9)	11,9 (10,1 à 13,7) <sup>a</sup>	17,5 (15,9 à 19,0) <sup>a</sup>	23,3 (20,2 à 26,3) <sup>a,b</sup>
Grand centre urbain (≥ 100 000 hab.)	15 359 à 15 476	54,3 (53,1 à 55,6)	21,8 (20,8 à 22,9)	14,3 (13,3 à 15,2) <sup>a</sup>	16,0 (15,1 à 17,0) <sup>a</sup>	17,5 (16,2 à 18,9) <sup>b</sup>
Valeur p		0,0604	0,1432			

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Différences d'activité physique par sous-ensembles de population chez les adultes de 18 ans et plus, Canada**

	Taille de l'échantillon non pondéré (ligne) fourchette pour toutes les variables de l'AP	Respect des recommandations en matière d'activité physique (au moins 150 min/semaine) % (IC à 95 %)	Pas d'APME déclarée % (IC à 95 %)	Transport actif (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP récréative (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP au travail ou en lien avec la maison (min/jour) moyenne (IC à 95 %)
<b>Mode de résidence</b>						
Personne seule/célibataire	13 871 à 14 028	51,0 (49,4 à 52,6)	26,2 (24,9 à 27,5)	14,9 (13,6 à 16,1) <sup>a</sup>	14,3 (13,3 à 15,4) <sup>a</sup>	18,3 (16,4 à 20,2) <sup>a</sup>
Personne vivant avec conjoint(e)/partenaire sans enfant	13 919 à 14 042	53,5 (52,1 à 54,9)	24,8 (23,6 à 26,0)	11,8 (11,1 à 12,6) <sup>b</sup>	16,7 (15,8 à 17,5) <sup>a</sup>	19,9 (18,3 à 21,5) <sup>a</sup>
Parent vivant avec conjoint/partenaire et enfants	7 090 à 7 134	57,5 (55,7 à 59,4)	18,3 (16,9 à 19,7)	13,0 (11,7 à 14,4) <sup>a,b</sup>	16,4 (15,4 à 17,3) <sup>a</sup>	23,1 (21,0 à 25,3) <sup>a</sup>
Parent seul vivant avec enfants	1 883 à 1 901	51,7 (48,0 à 55,4)	27,7 (24,2 à 31,1)	10,8 (8,7 à 13,0) <sup>a,b</sup>	14,0 (12,3 à 15,6) <sup>a</sup>	21,2 (16,9 à 25,6) <sup>a</sup>
Valeur <i>p</i>		< 0,0001	< 0,0001			
<b>Orientation sexuelle</b>						
Hétérosexuel(le)	37 362 à 37 679	55,2 (54,4 à 56,1)	21,7 (21,0 à 22,5)	13,3 (12,6 à 14,0) <sup>a</sup>	16,6 (16,1 à 17,2) <sup>a</sup>	21,4 (20,4 à 22,4) <sup>a</sup>
Homosexuel(le)	564 à 566	61,2 (54,6 à 67,9)	16,9 (11,9 à 21,9) <sup>E</sup>	19,4 (13,8 à 25,1) <sup>a</sup>	17,9 (14,4 à 21,4) <sup>a</sup>	17,0 (11,4 à 22,6) <sup>a,E</sup>
Bisexual(le) ou pansexuel(le)	639 à 645	65,1 (58,7 à 71,5)	9,1 (5,4 à 12,8) <sup>E</sup>	16,5 (13,2 à 19,8) <sup>a</sup>	25,7 (11,9 à 39,4) <sup>a,E</sup>	20,7 (14,5 à 27,0) <sup>a,E</sup>
Valeur <i>p</i>		0,0029	< 0,0001			
<b>Groupes d'âge</b>						
18 à 34 ans	6 042 à 6 081	59,6 (57,8 à 61,5)	15,6 (14,1 à 17,0)	14,1 (12,7 à 15,6) <sup>a</sup>	20,1 (18,3 à 21,9) <sup>a</sup>	22,0 (20,0 à 24,1) <sup>a</sup>
35 à 49 ans	7 829 à 7 880	58,4 (56,6 à 60,2)	16,6 (15,3 à 17,9)	13,3 (11,9 à 14,8) <sup>a</sup>	16,9 (15,9 à 17,9) <sup>a</sup>	26,4 (23,9 à 28,8) <sup>a</sup>
50 à 64 ans	10 140 à 10 233	57,0 (55,2 à 58,7)	22,9 (21,4 à 24,4)	14,6 (13,2 à 15,9) <sup>a</sup>	16,2 (15,1 à 17,2) <sup>a,b</sup>	21,0 (19,1 à 23,0) <sup>a</sup>
65 à 79 ans	12 896 à 13 025	45,6 (44,1 à 47,0)	31,8 (30,5 à 33,2)	11,6 (10,8 à 12,3) <sup>a</sup>	13,7 (12,7 à 14,6) <sup>b</sup>	14,8 (13,4 à 16,1) <sup>b</sup>
80 ans et plus	3 523 à 3 571	24,4 (21,1 à 26,8)	54,3 (51,4 à 57,2)	7,2 (5,8 à 8,6) <sup>b</sup>	5,6 (4,7 à 6,5) <sup>c</sup>	7,3 (5,0 à 9,6) <sup>c,E</sup>
Valeur <i>p</i>		< 0,0001	< 0,0001			
<b>Vivant avec une ou des maladie(s) chronique(s)<sup>d</sup></b>						
Aucune maladie chronique	20 520 à 20 666	58,1 (57,0 à 59,2)	18,4 (17,4 à 19,3)	14,3 (13,3 à 15,2) <sup>a</sup>	18,5 (17,6 à 19,4) <sup>a</sup>	21,1 (19,9 à 22,4) <sup>a</sup>
Une maladie chronique	13 247 à 13 389	52,7 (51,1 à 54,2)	24,7 (23,4 à 26,0)	12,6 (11,6 à 13,7) <sup>a</sup>	14,7 (13,8 à 15,6) <sup>b</sup>	21,9 (19,9 à 24,0) <sup>b</sup>
Multimorbidité	6 655 à 6 727	38,5 (36,3 à 40,7)	39,5 (37,3 à 41,7)	9,1 (7,9 à 10,3) <sup>b</sup>	9,7 (8,5 à 10,8) <sup>c</sup>	16,5 (14,1 à 18,9) <sup>c</sup>
Valeur <i>p</i>		< 0,0001	< 0,0001			

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Différences d'activité physique par sous-ensembles de population chez les adultes de 18 ans et plus, Canada**

	Taille de l'échantillon non pondéré (ligne) fourchette pour toutes les variables de l'AP	Respect des recommandations en matière d'activité physique (au moins 150 min/semaine) % (IC à 95 %)	Pas d'APME déclarée % (IC à 95 %)	Transport actif (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP récréative (min/jour) moyenne (IC à 95 %)	AP au travail ou en lien avec la maison (min/jour) moyenne (IC à 95 %)
<b>Situation professionnelle (18 à 75 ans)</b>						
Travail à temps plein	16 147 à 16 301	60,5 (59,2 à 61,8)	17,0 (16,1 à 18,0)	14,0 (12,9 à 15,1) <sup>a</sup>	17,9 (16,9 à 18,9) <sup>a</sup>	27,8 (26,1 à 29,5) <sup>a</sup>
Travail à temps partiel	3 020 à 3 056	57,0 (53,8 à 60,2)	16,2 (13,7 à 18,6)	15,2 (12,8 à 17,6) <sup>a</sup>	17,5 (15,6 à 19,4) <sup>a</sup>	19,4 (15,5 à 23,3) <sup>a,b</sup>
Sans emploi	14 898 à 15 028	50,1 (48,5 à 51,6)	26,1 (24,8 à 27,4)	12,9 (12,0 à 13,8) <sup>a</sup>	15,9 (14,9 à 16,8) <sup>a</sup>	13,2 (12,1 à 14,2) <sup>b</sup>
Valeur <i>p</i>		< 0,0001	< 0,0001			

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2021.

**Abréviations :** AP, activité physique; APME, activité physique d'intensité modérée à élevée; CV, coefficient de variation; IC, intervalle de confiance.

**Remarques :** Les valeurs *p* ont été calculées à l'aide de tests du khi-carré. Les moyennes avec des exposants différents (<sup>a</sup> ou <sup>b</sup> ou <sup>c</sup>) indiquent que les moyennes étaient statistiquement significativement différentes à  $p \leq 0,001$  sur la base des comparaisons *post hoc* de Tukey-Kramer (la même lettre en exposant indique que les moyennes ne sont pas statistiquement différentes l'une de l'autre).

<sup>d</sup> Les maladies chroniques sont le diabète, l'arthrite, les maladies cardiaques, les troubles d'anxiété (phobie, trouble obsessionnel-compulsif, etc.) ou de dépression (dépression, bipolarité, manie, dysthymie, etc.), le cancer, la maladie d'Alzheimer ou les séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

<sup>e</sup> Ces estimations sont associées à une forte variabilité d'échantillonnage ( $15 < CV \leq 35$ ).

<sup>f</sup> Ces estimations ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada et ne peuvent donc pas être publiées ( $CV > 35$ ).

Certaines études ont montré qu'une plus grande inégalité des revenus au sein d'un pays était associée à un écart plus important entre les genres en matière d'activité physique<sup>30</sup>, suggérant que des problèmes structurels potentiels et un accès inégal à l'activité physique pourraient expliquer ces inégalités. Les politiques et les interventions visant à remédier aux inégalités entre les hommes et les femmes restent un domaine important pour la recherche à venir.

Nous avons constaté des inégalités dans les catégories de revenu et de scolarité des ménages pour l'activité physique récréative, tant chez les jeunes que chez les adultes, et ces résultats diffèrent des recherches antérieures. Par exemple, au Chili<sup>16</sup> et en Allemagne<sup>17</sup>, les personnes appartenant aux catégories de revenus et de scolarité les plus faibles ont fait état de plus d'activité physique que les personnes appartenant aux catégories les plus élevées. Ces résultats sont inverses aux nôtres; cependant, dans l'étude allemande<sup>17</sup>, l'activité physique a été mesurée à l'aide du Global Physical Activity Questionnaire, qui mesure l'activité physique au travail différemment de notre questionnaire sur l'activité physique. Les différences entre les outils de mesure de l'activité physique sont donc susceptibles d'expliquer ces résultats divergents.

Notre étude met en évidence quelques résultats inattendus qui contrastent avec les conclusions antérieures. Par exemple, bien que nous ayons observé de petites différences significatives dans le respect des recommandations d'activité physique et l'absence d'APME selon les catégories d'orientation sexuelle pour les adultes, il n'y avait pas de différences significatives entre les domaines d'activité physique. Ces résultats ne concordent pas avec d'autres estimations nationales qui révèlent des niveaux d'activité physique plus élevés parmi les groupes de personnes homosexuelles<sup>31</sup>. Nos résultats divergents peuvent être attribuables à une taille de l'échantillon insuffisante pour relever les différences, ou ils peuvent indiquer qu'il existe d'autres facteurs de nature intersectionnelle. Par exemple, une étude a montré que dans le groupe des homosexuel(le)s, le genre et le revenu jouaient un rôle pour identifier les personnes qui avaient le plus de chances d'être physiquement actives<sup>32</sup>. Il est possible qu'une approche intersectionnelle de l'activité physique permette de mieux cerner les sous-ensembles qui

déclarent des niveaux d'activité physique plus faibles au sein du groupe des homosexuel(le)s (en fonction de l'origine ethnique, du niveau de scolarité, du revenu, du genre, de l'état de santé, etc.). Bien que nous n'ayons pas réellement appliqué une approche intersectionnelle, nous offrons un large aperçu des facteurs susceptibles d'aider à établir les cibles d'intervention et à guider la recherche intersectionnelle dans ce domaine.

Il n'y a pas de différences significatives en matière de transport actif dans la plupart des sous-ensembles de population. Bien qu'une dimension majeure de la recherche sur l'équité en matière de santé consiste à repérer les inégalités afin d'orienter les interventions et les politiques ciblées, nous pensons que l'absence d'inégalités dans le domaine du transport actif est en soi un résultat important. Cela laisse penser que les efforts visant à promouvoir le transport actif par l'entremise de politiques, d'environnements bâtis améliorés et accessibles et d'interventions pourraient constituer une approche équitable permettant l'augmentation de l'activité physique de la population. Le transport actif s'est révélé être un domaine significatif pour augmenter la probabilité d'adhérer aux recommandations en matière d'activité physique<sup>33</sup>. Au Canada, des travaux d'envergure sont en cours pour promouvoir le transport actif, en particulier une nomenclature normalisée sur le confort et la sécurité<sup>34</sup>, des inventaires des infrastructures disponibles<sup>35</sup>, l'évaluation de l'impact des nouvelles infrastructures<sup>36,37</sup> et des investissements dans les infrastructures dans le cadre de la Stratégie nationale de transport actif<sup>38</sup>. Il est important de poursuivre les efforts de recherche dans ce domaine, car ils sont susceptibles d'avoir des implications pour soutenir des augmentations équitables d'activité physique au sein de la population.

### **Points forts et limites**

Cette recherche présente plusieurs points forts, notamment la grande taille de l'échantillon national, des données relatives à plusieurs domaines d'activité physique, et l'étude de différences au sein d'un large éventail de sous-ensembles de population, et ce, dans un échantillon de jeunes et d'adultes. Malgré ces points forts, plusieurs points faibles doivent être pris en compte. Tout d'abord, la taille de l'échantillon pour plusieurs sous-ensembles (diversité de genre, identité autochtone)

était faible, ce qui a rendu impossible la détermination de différences potentielles. Le plan d'action pour les données désagrégées de Statistique Canada a été élaboré pour remédier à certaines de ces limitations<sup>39</sup>. Deuxièmement, bien que nous ayons pu étudier les différences entre de nombreux sous-ensembles de population, certains n'ont pas été pris en compte dans notre analyse, par exemple les participants vivant avec des difficultés fonctionnelles cognitives, comportementales ou physiques. Troisièmement, les questions sur l'activité physique des adultes de l'ESCC 2021 demandaient de mentionner l'activité physique accumulée pendant des périodes de 10 min ou plus, ce qui ne fait plus partie des nouvelles recommandations sur l'activité physique, qui reconnaît le bénéfice de chaque minute d'activité physique<sup>4</sup>. Des recherches antérieures menées au Canada suggèrent que, même si la suppression de l'exigence d'un effort de 10 min augmenterait le nombre de personnes respectant la recommandation, il n'y a pas de différences dans les profils démographiques, comportementaux ou sanitaires des personnes concernées par la nouvelle recommandation<sup>40</sup>. Quatrièmement, il existe un risque de biais d'autodéclaration et de variation de ce biais entre les sous-ensembles de population. Par exemple, une étude systématique comparant l'activité physique autodéclarée et celle mesurée à l'aide d'un appareil a révélé un biais plus important chez les femmes que chez les hommes<sup>41</sup>. Cinquièmement, les données ont été collectées pendant la pandémie de COVID-19, ce qui peut avoir contribué aux faibles taux de réponse. La recherche au Canada a montré que les niveaux d'activité physique ont baissé pendant la pandémie par rapport à avant la pandémie chez les jeunes, en particulier chez les filles, ainsi que chez les hommes de 18 à 64 ans<sup>42,43</sup>. On a également constaté une baisse importante de l'activité physique liée au transport et aux loisirs chez les jeunes, alors que celle liée aux loisirs a augmenté chez les adultes<sup>42</sup>. Compte tenu des effets potentiels de la pandémie sur l'activité physique, les travaux futurs devront évaluer si les différences observées dans cette étude demeurent ou si les inégalités en matière d'activité physique se creusent ou se réduisent. Enfin, notre analyse a porté sur les différents sous-ensembles indépendamment d'autres facteurs. Or les individus n'appartiennent pas à une seule strate : les travaux futurs devront explorer davantage la dimension intersectionnelle au sein

de la population. La recherche sur la santé intersectionnelle a fait de grands progrès, en particulier grâce à l'utilisation d'arbres de décision, d'analyses de grappes et de techniques centrées sur la personne afin de déceler des combinaisons de caractéristiques de sous-ensembles de population<sup>13,20</sup>. L'utilisation de ces méthodes peut constituer un moyen précieux d'explorer plus avant l'hétérogénéité et les inégalités dans l'activité physique en fonction de caractéristiques intersectionnelles.

## Conclusion

Il existe d'importantes inégalités en matière d'activité physique au Canada. Les inégalités les plus importantes ont été observées en fonction du sexe et du genre, du revenu du ménage et du niveau de scolarité le plus élevé au sein du ménage. Il est nécessaire d'explorer les moyens d'améliorer l'égalité en matière d'activités récréatives, car c'est le domaine qui présente les différences les plus significatives entre les sous-ensembles de population. Le transport actif a généré peu de différences entre les sous-ensembles, ce qui offre une piste potentielle d'intervention équitable pour augmenter les niveaux d'activité physique de la population. Les recherches futures devraient explorer les raisons de ces inégalités afin d'éclairer les interventions.

## Remerciements

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

## Conflits d'intérêts

Justin J. Lang est rédacteur en chef adjoint de la revue et l'un des rédacteurs scientifiques associés, mais il s'est retiré du processus d'évaluation de cet article.

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs et avis

JJL : conception, préparation des données, analyse formelle, enquête, méthodologie, validation, rédaction – première version du manuscrit.

SET : analyse formelle, méthodologie, validation, rédaction – relectures et corrections.

ND : enquête, rédaction – relectures et corrections.

MI : enquête, rédaction – relectures et corrections.

SAP : enquête, rédaction – relectures et corrections.

KCR : enquête, rédaction – relectures et corrections.

MTB : enquête, rédaction – relectures et corrections.

RCC : enquête, rédaction – relectures et corrections.

RJ : enquête, rédaction – relectures et corrections.

AA : enquête, rédaction – relectures et corrections.

JPC : conception, enquête, rédaction – relectures et corrections.

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

## Références

1. Poitras VJ, Gray CE, Borghese MM, Carson V, Chaput JP, Janssen I, et al. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6, Suppl 3):S197-239. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663>
2. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:39. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-39>
3. Tremblay MS, Carson V, Chaput JP, Connor Gorber S, Dinh T, Dugagan M, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6, Suppl 3):S311-327. <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151>
4. Ross R, Chaput JP, Giangregorio LM, Janssen I, Saunders TJ, Kho ME, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for adults aged 18-64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2020;45(10 Suppl 2):S57-102. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>
5. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS), édition 2023. Infobase santé publique. Ottawa (ON) : ASPC; 2023. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/apcss/>
6. Douglas MD, Josiah Willock R, Respress E, Rollins L, Tabor D, Heiman HJ, et al. Applying a health equity lens to evaluate and inform policy. *Ethn Dis.* 2019;29(Suppl 2):329-342.
7. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Parlons-en : le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé. Antigonish (Nouvelle-Écosse) : CCNSA; 2013. En ligne à : [https://nccdh.ca/images/uploads/PHR\\_FR\\_Final.pdf](https://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf)
8. Hawes AM, Smith GS, McGinty E, Bell C, Bower K, LaVeist TA, et al. Disentangling race, poverty, and place in disparities in physical activity. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(7):1193. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071193>
9. Arora K, Wolbring G. Kinesiology, physical activity, physical education, and sports through an equity/equality, diversity, and inclusion (EDI) lens: a scoping review. *Sports.* 2022; 10(4):55. <https://doi.org/10.3390/sports10040055>
10. Kuhn AW, Grusky AZ, Cash CR, Churchwell AL, Diamond AB. Disparities and inequities in youth sports. *Curr Sports Med Rep.* 2021;20(9):494-498. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000881>
11. Hyde ET, Omura JD, Fulton JE, Lee SM, Piercy KL, Carlson SA. Disparities in youth sports participation in the U.S., 2017-2018. *Am J Prev Med.* 2020; 59(5):e207-210. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.05.011>



12. Tandon PS, Kroshus E, Olsen K, Garrett K, Qu P, McCleery J. Socioeconomic inequities in youth participation in physical activity and sports. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6946. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136946>
13. Kaja SM, Lawrence SE, Simon KA, Wright MN, Eisenberg ME. Who plays and who doesn't? An intersectional examination of disparities in adolescent sport and physical activity lesson participation. *J Adolesc Health*. 2024;75(5):827-835. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.06.025>
14. Wang C, Butler G, Szczepanowski MRJ, Betancourt MT, Roberts KC. Activité physique, participation à des sports organisés et utilisation du transport actif pour se rendre à l'école chez les adolescents canadiens par identité de genre et par orientation sexuelle. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(2):50-59. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.2.02f>
15. Bergman P, Grijbovski AM, Hagströmer M, Bauman A, Sjöström M. Adherence to physical activity recommendations and the influence of socio-demographic correlates – a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2008;8:367. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-367>
16. Celis-Morales C, Salas C, Alduhishy A, Sanzana R, Martínez MA, Leiva A, et al. Socio-demographic patterns of physical activity and sedentary behaviour in Chile: results from the National Health Survey 2009-2010. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(2):e98-105. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv079>
17. Wallmann-Sperlich B, Froboese I. Physical activity during work, transport and leisure in Germany—prevalence and socio-demographic correlates. *PLoS One*. 2014;9(11):e112333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112333>
18. Marques A, Martins J, Peralta M, Catunda R, Nunes LS. European adults' physical activity socio-demographic correlates: a cross-sectional study from the European Social Survey. *PeerJ*. 2016;4:e2066. <https://doi.org/10.7717/peerj.2066>
19. Eime RM, Harvey JT, Charity MJ, Nelson R. Demographic characteristics and type/frequency of physical activity participation in a large sample of 21,603 Australian people. *BMC Public Health*. 2018;18(1):692. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5608-1>
20. Colley RC, Guerrero M, Bushnik T. Facteurs de risque croisés d'inactivité physique chez les adultes canadiens. *Rapports sur la santé*. 2023;34(11):14-27. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2023011/article/00002-fra.htm>
21. Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada. Initiative conjointe de l'Agence de la santé publique du Canada, du Réseau pan-canadien de santé publique, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé [Internet]. Ottawa (ON): Gouvernement du Canada [modification le 6 juin 2024; consultation le 29 oct. 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/Indicat>
22. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS) [Internet]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; [modification le 27 mars 2023; consultation le 14 nov. 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/apcss/>
23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada [modification le 8 juillet 2021; consultation le 8 fév. 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=1314175](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1314175)
24. Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 2022 [Internet]. Ottawa (ON) : Secrétariat pour la conduite responsable de la recherche; 2022 [modification le 11 janv. 2023; consultation le 17 oct. 2024]. En ligne à : [https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique\\_tcps2-eptc2\\_2022.html](https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html)
25. Gouvernement du Canada. Roue des privilèges et des pouvoirs [Internet]. Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; [consultation le 15 novembre 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/documents/pdf/francais/organisation/contre-racisme/roue-privileges-pouvoir.pdf>
26. Statistique Canada. Coup d'œil sur le Canada 2022. Groupes racisés [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2022 [modification le 23 nov. 2022; consultation le 15 nov. 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-581-x/2022001/sec3-fra.htm>
27. Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prévalence et profils de la multimorbidité au Canada et déterminants associés. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2015; 35(6):93-101. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.6.01f>
28. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(10):e1077-1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
29. Ricardo LIC, Wendt A, Costa CDS, Mielke GI, Brazo-Sayavera J, Khan A, Kolbe-Alexander TL, Crochemore-Silva I. Gender inequalities in physical activity among adolescents from 64 Global South countries. *J Sport Health Sci*. 2022;11(4):509-520. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2022.01.007>
30. Brazo-Sayavera J, Aubert S, Barnes JD, González SA, Tremblay MS. Gender differences in physical activity and sedentary behavior: results from over 200,000 Latin-American children and adolescents. *PLoS One*. 2021;16(8):e0255353. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255353>
31. Agence de la santé publique du Canada, Réseau pan-canadien de santé publique, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé. Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada [Internet]. Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; [modification le 6 juin 2024; consultation le 15 nov. 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/Indicat>

32. Abichahine H, Veenstra G. Inter-categorical intersectionality and leisure-based physical activity in Canada. *Health Promot Int.* 2017;32(4):691-701. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw009>
33. Prince SA, Butler GP. Incidence du transport actif sur les niveaux d'activité physique de la population. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2025;45(5):275-281. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.5.03f>
34. Winters M, Beirsto J, Ferster C, Labaree K, Manaugh K, Nelson T. Système de mesures du confort et de la sécurité des voies cyclables canadiennes (Can-BICS) : mesures nationales de l'environnement cyclable aux fins d'utilisation dans la recherche et l'élaboration de politiques. *Rapports sur la santé.* 2022;33(10):3-15. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022010/article/00001-fra.htm>
35. Ferster C, Nelson T, Manaugh K, Beirsto J, Labaree K, Winters M. Developing a national dataset of bicycle infrastructure for Canada using open data sources. *Environment and Planning B: Urban Analytics and City Science.* 2023;50(9):2543-2559. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23998083231159905>
36. Boisjoly G, Lachapella U, El-Geneidy A. Bicycle network performance: assessing the directness of bicycle facilities through connectivity measures, a Montreal, Canada case study. *Int J Sustain Transport.* 2020;14(8):620-634. <https://doi.org/10.1080/15568318.2019.1595791>
37. Prince SA, Thomas T, Apparicio P, Rodrigue L, Jobson C, Walker KL, et al. 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>
38. Infrastructure Canada. La Stratégie nationale de transport actif 2021-2026 Ottawa (ON) : Infrastructure Canada; 2021 [modification le 17 juillet 2024; consultation le 26 nov. 2024]. En ligne à : <https://logement-infrastructure.canada.ca/trans/nats-strat-snta-fra.html>
39. Statistique Canada. Plan d'action pour les données désagrégées [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada [modification le 27 nov. 2024; consultation le 26 nov. 2024]. En ligne à : <https://www.statcan.gc.ca/fr/confiance/modernisation/donnees-desagregees>
40. Prince SA, Roberts KC, Lang JJ, Butler GP, Colley RC. L'influence de la suppression de l'exigence des séances de 10 minutes d'activité physique sur les profils démographiques, comportementaux et de santé des adultes canadiens qui suivent les recommandations relatives à l'activité physique. *Rapports sur la santé.* 2022;33(8):3-19. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022008/article/00001-fra.htm>
41. Prince SA, Adamo KB, Hamel ME, Hardt J, Connor Gorber S, Tremblay M. A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:56. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-56>
42. Colley RC, Watt JE. Les répercussions inégales de la pandémie de COVID-19 sur les habitudes d'activité physique des Canadiens. *Rapports sur la santé.* 2022;33(5):23-35. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022005/article/00003-fra.htm>
43. Colley RC, Saunders TJ. Répercussions durables de la pandémie de COVID-19 sur l'activité physique et le temps passé devant un écran chez les adultes canadiens. *Rapports sur la santé.* 2023;34(10):15-25. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2023010/article/00002-fra.htm>

## Aperçu

# La maltraitance envers les enfants au Canada : prévalence et différences entre les genres chez les jeunes

**Britt McKinnon, Ph. D. (1); Harriet L. MacMillan, M.D. (2); Ashley Vandermorris, M.D. (3,4); Katholiki Georgiades, Ph. D. (2,5); Emma Nolan, Ph. D. (6); Christina Catley, Ph. D. (7); Isabelle Lévesque, Ph. D. (7); Lil Tonmyr, Ph. D. (1)**

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

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



## Résumé

Cette étude présente les premières estimations canadiennes de la maltraitance envers les enfants autodéclarée par les jeunes, en utilisant les données de 5 256 participants de 15 à 17 ans à l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2023. La prévalence de la maltraitance envers les enfants s'est révélée élevée, en particulier pour la violence psychologique (44,9 %) et pour l'exposition à de la violence émotionnelle entre partenaires intimes chez leurs parents/tuteurs (39,4 %). Les filles ont signalé une prévalence plus élevée de violence sexuelle (8,1 % contre 1,5 %) et de violence psychologique (52,2 % contre 35,4 %) que les garçons. Les jeunes s'identifiant comme non binaires ou comme ayant un genre différent du sexe qui leur a été assigné à la naissance sont ceux qui ont fait état de la prévalence la plus élevée pour tous les types de maltraitance envers les enfants, en particulier 22,4 % pour la violence sexuelle et 83,7 % pour la violence émotionnelle. Ces résultats soulignent la nécessité d'une recherche et de politiques ciblées qui s'attaquent aux déterminants structurels des disparités fondées sur le genre.

**Mots-clés :** *maltraitance envers les enfants, violence familiale, jeunes, surveillance, épidémiologie, enquêtes, Canada*

## Introduction

La maltraitance envers les enfants, qu'il s'agisse de négligence, d'exposition à la violence entre partenaires intimes impliquant les parents/tuteurs ou de violences physiques, sexuelles et émotionnelles pendant l'enfance, a des conséquences immédiates et à long terme. À court terme, elle peut entraîner des blessures physiques, des troubles émotionnels et comportementaux et des difficultés scolaires<sup>1,2</sup>. Au fil du temps, elle augmente le risque de troubles de santé mentale, de consommation de

substances, de maladies chroniques et de résultats socioéconomiques médiocres<sup>3,4</sup>. Ces troubles entraînent des coûts sociaux et économiques importants<sup>5</sup>.

Au Canada, les estimations de prévalence de la maltraitance envers les enfants reposent souvent sur des rapports rétrospectifs d'adultes, qui sont sujets à des biais de rappel et ne reflètent pas nécessairement les tendances récentes<sup>6,7</sup>. Bien que les déclarations fournies par des jeunes ont les limites des études rétrospectives et transversales, elles offrent une amélioration

### Points saillants

- Cette étude utilise les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2023 pour quantifier la maltraitance envers les enfants parmi les jeunes de 15 à 17 ans au Canada.
- Près de la moitié des jeunes ont fait état de violence psychologique; plus d'un tiers ont été exposés à de la violence émotionnelle entre partenaires intimes chez leurs parents/tuteurs.
- Les filles cisgenres ont signalé une prévalence plus élevée de violence sexuelle et de violence émotionnelle que les garçons cisgenres.
- Les jeunes relevant de la diversité de genre sont ceux qui ont mentionné la prévalence la plus élevée pour tous les types de maltraitance.

significative en fournissant des informations plus directes et plus à jour sur les expériences de maltraitance envers les enfants<sup>8</sup>. Cette étude présente des estimations nationales de la maltraitance envers

### Rattachement des auteures :

1. Section de l'épidémiologie de la violence familiale, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, Department of Pediatrics, McMaster University, Hamilton (Ontario), Canada
3. Division of Adolescent Medicine, Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
4. Department of Paediatrics, University of Toronto, Toronto (Ontario), Canada
5. Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Hamilton (Ontario), Canada
6. Queen's University Belfast, Department of Psychology, Belfast, Irlande du Nord
7. Centre de données sur la santé de la population, Domaine des statistiques sociales, de la santé et du travail, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), Canada

**Correspondance :** Lil Tonmyr, Section de l'épidémiologie de la violence familiale, 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. : 613-240-6334; courriel : [lil.tonmyr@phac-aspc.gc.ca](mailto:lil.tonmyr@phac-aspc.gc.ca)

les enfants basées sur les déclarations des jeunes, stratifiées par genre et incluant les jeunes relevant de la diversité de genre, afin d'offrir une image plus à jour et plus complète. La ventilation en fonction de la diversité de genre révèle des disparités ignorées dans les analyses binaires et met en lumière les expériences spécifiques des jeunes de la diversité de genre.

## Méthodologie

Nous avons analysé les données de la composante transversale de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2023, qui a échantillonné des enfants et des jeunes de 1 à 17 ans au 31 janvier 2023<sup>9</sup>. L'échantillon a été extrait du fichier de l'Allocation canadienne pour enfants, qui couvre 98 % de ce groupe d'âge vivant dans les provinces; l'enquête a exclu les personnes vivant dans les territoires, dans les réserves des Premières Nations et autres établissements autochtones des provinces, dans des familles d'accueil et en institution. Le taux de réponse des jeunes de 12 à 17 ans a été de 38,1 %.

Cette étude descriptive a porté sur 5256 jeunes de 15 à 17 ans ayant répondu à l'enquête par questionnaire électronique ou par entretien téléphonique assisté par ordinateur et ayant accepté de partager leurs données avec les autorités de santé fédérales, provinciales et territoriales<sup>9</sup>. Il s'agit de la seule tranche d'âge à avoir fourni des données autodéclarées sur la maltraitance envers les enfants. Les jeunes ont été interrogés sur cinq types de maltraitance : violence physique (3 questions), violence sexuelle (2 questions), violence psychologique (1 question), négligence (1 question) et exposition à la violence entre partenaires intimes (2 questions, évaluant séparément l'exposition à la violence physique et l'exposition à la violence psychologique) sur la base de mesures validées de la maltraitance envers les enfants (tableau 1). Les options de réponse allaient de «jamais» à «plus de 10 fois» et ont été dichotomisées entre les réponses indiquant une expérience de maltraitance et les réponses indiquant aucune maltraitance. Les dénominations concernant les personnes de référence («tout adulte» pour les violences physiques/sexuelles; «parent/tuteur» pour les autres) tiennent compte des mesures standardisées et distinguent la maltraitance venant des personnes s'occupant des enfants des autres formes de maltraitance.

Le genre à la naissance et le genre actuel ont été évalués à partir de questions distinctes, conformément aux approches en deux étapes recommandées pour mesurer l'identité de genre dans les enquêtes<sup>12</sup>. Les réponses en texte libre relatives au genre ont été recodées par Statistique Canada en «garçon», «fille» et «genre non binaire». Bien que l'approche en deux étapes améliore l'inclusivité, le recodage des réponses en texte libre demeure susceptible d'entraîner des erreurs de classification. Nous avons défini le genre en utilisant les catégories «garçon», «fille» et «autre identité de genre». Nous sommes conscientes que «garçon» et «fille» sont des catégories typiquement liées au sexe<sup>13</sup>; cependant, étant donné la manière dont les données de l'enquête ont été collectées, dans ce contexte, elles tiennent compte du genre autodéclaré. Les jeunes dont le genre actuel diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance, ou qui ont été codés comme non binaires, ont été regroupés dans la catégorie «relevant de la diversité de genre», tandis que les termes «garçon» et «fille» se réfèrent aux jeunes cisgenres.

Les rapports de prévalence (RP) ont été calculés en divisant les proportions pondérées par l'enquête, et les intervalles de confiance à 95 % (IC) ont été calculés en utilisant 1 000 poids de réplique *bootstrap*. Les garçons ont constitué le groupe de référence en raison de la prévalence toujours plus faible de maltraitance envers les enfants qui leur est associée<sup>14</sup>. Nous présentons les RP bruts parce que notre objectif était descriptif et que la standardisation selon l'âge a produit des estimations pratiquement identiques.

Les données manquantes sur les questions relevant de la maltraitance envers les enfants étaient comprises entre 4,1 % et 5,3 % et ont été traitées à l'aide d'une analyse de cas complète. Toutes les analyses ont été effectuées avec Stata, version 17 (StataCorp LLC., College Station, Texas, États-Unis).

## Résultats

Parmi les jeunes de 15 à 17 ans, 49,3 % se sont identifiés comme filles, 46,8 % comme garçons et 3,9 % comme ayant une autre identité de genre. La prévalence de la maltraitance envers les enfants s'est révélée élevée, la violence psychologique (44,9 %; IC 95 % : 42,9 à 46,9) et l'exposition à la violence émotionnelle entre partenaires

intimes (39,4 %; IC 95 % : 37,4 à 41,4) étant les plus courantes. La violence physique (22,3 %; IC 95 % : 20,6 à 24,0) a également été fréquemment mentionnée, tandis que la violence sexuelle (5,3 %; IC 95 % : 4,5 à 6,1), la négligence physique (5,2 %; IC 95 % : 4,5 à 6,0) et l'exposition à la violence physique entre partenaires intimes (7,6 %; 6,5 à 8,7) ont été moins souvent mentionnées. La prévalence varie en fonction de l'identité de genre (tableau 2), et les estimations concernant les jeunes relevant de la diversité de genre présentent des intervalles de confiance plus larges en raison de la faiblesse des effectifs.

Les jeunes relevant de la diversité de genre ont fait état de la prévalence la plus élevée pour tous les types de maltraitance envers les enfants. Des violences sexuelles ont été signalées par 22,4 % des jeunes relevant de la diversité de genre (IC à 95 % : 14,6 à 30,1), contre 8,1 % chez les filles et 1,5 % chez les garçons. Les jeunes relevant de la diversité de genre étaient 14,5 fois plus susceptibles que les garçons (RP = 14,5; IC à 95 % : 8,7 à 24,1) et les filles plus de cinq fois plus susceptibles que les garçons (RP = 5,2; IC à 95 % : 3,5 à 7,9) de faire état de violences sexuelles.

La violence psychologique a été mentionnée par 83,7 % des jeunes relevant de la diversité de genre, 52,2 % des filles et 35,4 % des garçons. Par rapport aux garçons, la violence psychologique s'est révélée plus de deux fois plus fréquente chez les jeunes relevant de la diversité de genre (PR = 2,4; IC à 95 % : 2,1 à 2,6) et était également plus fréquente chez les filles (PR = 1,5; IC 95 % : 1,3 à 1,6). L'exposition à la violence émotionnelle entre partenaires intimes a suivi une tendance similaire, avec 60,7 % des jeunes relevant de la diversité de genre ayant mentionné cette expérience, contre 44,1 % des filles et 33,5 % des garçons (PR pour la diversité de genre par rapport aux garçons = 1,8; IC à 95 % : 1,5 à 2,2; PR pour les filles par rapport aux garçons = 1,3; IC à 95 % : 1,2 à 1,5).

La négligence physique a été mentionnée par 17,9 % des jeunes relevant de la diversité de genre, contre 5,8 % des filles et 3,9 % des garçons. Les jeunes relevant de la diversité de genre étaient 4,6 fois plus susceptibles que les garçons de faire état de négligence physique (PR = 4,6; IC à 95 % : 2,9 à 7,3). La violence physique a

**TABEAU 1**  
**Questions sur la maltraitance envers les enfants pour les jeunes de 15 à 17 ans,**  
**Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, Canada, 2023**

Type de maltraitance envers les enfants	Question de l'enquête (Réponses possibles : jamais, 1 ou 2 fois, 3 à 5 fois, 6 à 10 fois, plus de 10 fois)
	Les questions suivantes portent sur des choses qui ont pu t'arriver à n'importe quel moment de ton enfance et auxquelles il te sera peut-être difficile de répondre. Tes réponses sont importantes, que tu aies ou non vécu l'une de ces expériences. N'oublie pas que toutes les informations fournies sont strictement confidentielles.
Violence physique <sup>a</sup>	Combien de fois un adulte t'a-t-il giflé au visage, à la tête ou aux oreilles, ou t'a-t-il frappé ou donné une fessée avec quelque chose de dur pour te faire mal?  Combien de fois un adulte t'a-t-il poussé, serré, bousculé ou t'a-t-il lancé quelque chose pour te blesser?  Combien de fois un adulte t'a-t-il donné des coups de pied, mordu, donné des coups de poing, étranglé, brûlé ou agressé physiquement d'une manière ou d'une autre?
Violence sexuelle <sup>a</sup>	Combien de fois un adulte t'a-t-il forcé ou a-t-il tenté de te forcer à avoir une activité sexuelle non désirée, en te menaçant, en te maintenant ou en te blessant d'une manière ou d'une autre?  Combien de fois un adulte t'a-t-il touché contre ton gré d'une manière sexuelle, qu'il s'agisse de contacts ou de saisies non désirés, de baisers ou de caresses?
Exposition à la VPI physique <sup>a</sup>	Combien de fois as-tu vu ou entendu tes parents, beaux-parents ou tuteurs se frapper l'un l'autre ou frapper un autre adulte dans ton foyer?
Exposition à la VPI émotionnelle <sup>b</sup>	Combien de fois as-tu vu ou entendu tes parents ou tuteurs se dire des choses blessantes ou méchantes l'un envers l'autre ou envers un autre adulte dans votre foyer?
Violence psychologique <sup>b</sup>	Combien de fois l'un de tes parents, beaux-parents ou tuteurs a-t-il dit des choses qui t'ont vraiment blessé(e) ou qui t'ont donné l'impression que tu n'étais pas désiré(e) ou aimé(e)?
Négligence physique <sup>b</sup>	Combien de fois tes parents, beaux-parents ou tuteurs n'ont-ils pas répondu à tes besoins fondamentaux tels que la propreté, la nourriture ou l'habillement?

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ), 2023<sup>9</sup>.

Abréviation : VPI, violence entre partenaires intimes.

<sup>a</sup> Adapté du Childhood Experiences of Violence Questionnaire Short Form<sup>10</sup>.

<sup>b</sup> Adapté de l'US National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health<sup>11</sup>.

été mentionnée par 37,5 % des jeunes relevant de la diversité de genre, 23,3 % des filles et 20,3 % des garçons (PR pour la diversité de genre par rapport aux garçons = 1,8; IC à 95 % : 1,4 à 2,4; PR pour les filles par rapport aux garçons = 1,2; IC à 95 % : 1,0 à 1,4). L'exposition à la violence physique entre partenaires intimes présente un gradient similaire mais plus faible : 14,9 % chez les jeunes relevant de la diversité de genre, 8,2 % chez les filles et 6,6 % chez les garçons (PR pour les jeunes relevant de la diversité de genre par rapport aux garçons = 2,3; IC à 95 % : 1,4 à 3,7; PR pour les filles par rapport aux garçons = 1,2; IC à 95 % : 0,9 à 1,7).

## Analyse

Les résultats montrent une forte prévalence de la maltraitance envers les enfants chez les jeunes Canadiens de 15 à 17 ans, avec des différences notables entre les genres. Les jeunes relevant de la diversité de genre ont fait état d'une prévalence plus élevée pour tous les types de maltraitance,

tandis que les filles ont signalé plus de violence sexuelle et émotionnelle que les garçons.

Par rapport aux résultats de l'ECSEJ, l'enquête Youth Risk Behavior Survey (YRBS) de 2023, une enquête nationale américaine sur les étudiants (moins de 18 ans), a montré une prévalence plus élevée de violence physique (31,8 % contre 22,3 %), de violence sexuelle (7,1 % contre 5,3 %), de violence psychologique (61,5 % contre 44,9 %), de négligence physique (9,3 % contre 5,2 %) et d'exposition à la violence physique entre partenaires intimes (18,6 % contre 7,6 %)<sup>15</sup>. Malgré ces différences, les tendances en matière de genre sont similaires dans les deux enquêtes : les filles ont fait état d'une prévalence de maltraitance envers les enfants plus élevée que les garçons, l'écart entre les genres le plus important ayant trait à la violence sexuelle (É.-U. : 11,8 % contre 2,7 %; Canada : 8,1 % contre 1,5 %)<sup>15</sup>. La seule exception est la négligence physique, qui est plus fréquente chez les

garçons américains, une tendance qui n'a pas été observée au Canada.

Bien que l'étude YRBS n'ait pas fourni de prévalence de la maltraitance envers les enfants chez les étudiants relevant de la diversité de genre, notre analyse secondaire de l'ensemble des données<sup>16</sup> (de 15 à 17 ans, en utilisant les mesures de Swedo et al.<sup>15</sup>) a montré que les jeunes transgenres et ceux qui se posent des questions sur leur genre ont rapporté une prévalence de maltraitance envers les enfants significativement plus élevée que leurs pairs cisgenres (voir tableau 3). Les jeunes relevant de la diversité de genre aux États-Unis et au Canada ont fait état d'une prévalence similaire de violence sexuelles (21,0 % contre 22,4 %) et de violence émotionnelle (89,1 % contre 83,7 %), tandis que la violence physique s'est révélée plus élevée aux États-Unis (54,2 % contre 37,5 %).

Les différences de prévalence de la maltraitance envers les enfants entre les États-Unis et le Canada peuvent relever à la fois

**TABEAU 2**  
**Estimations et ratios de prévalence de la maltraitance envers les enfants selon le genre, fondés sur les déclarations des jeunes de 15 à 17 ans, Enquête sur la santé des enfants et des jeunes au Canada, Canada, 2023**

Type de maltraitance envers les enfants	Genre	Prévalence (IC à 95 %)	Ratio de prévalence (IC à 95 %)
Violence physique	Garçon cisgenre	20,3 (17,8 à 22,7)	1,0 (réf.)
	Fille cisgenre	23,3 (20,9 à 25,7)	1,15 (0,98 à 1,35)
	Autre identité de genre	37,5 (28,3 à 46,6)	1,85 (1,41 à 2,43)
Violence sexuelle	Garçon cisgenre	1,5 (1,0 à 2,1)	1,0 (réf.)
	Fille cisgenre	8,1 (6,7 à 9,5)	5,24 (3,47 à 7,89)
	Autre identité de genre	22,4 (14,6 à 30,1)	14,49 (8,72 à 24,07)
Exposition à la VPI physique	Garçon cisgenre	6,6 (5,1 à 8,1)	1,0 (réf.)
	Fille cisgenre	8,2 (6,6 à 9,7)	1,24 (0,92 à 1,66)
	Autre identité de genre	14,9 (8,4 à 21,4)	2,26 (1,38 à 3,69)
Négligence physique	Garçon cisgenre	3,9 (3,0 à 4,7)	1,0 (réf.)
	Fille cisgenre	5,8 (4,5 à 7,0)	1,49 (1,09 à 2,02)
	Autre identité de genre	17,9 (10,6 à 25,2)	4,60 (2,89 à 7,31)
Violence psychologique	Garçon cisgenre	35,4 (32,6 à 38,3)	1,0 (réf.)
	Fille cisgenre	52,2 (49,4 à 55,1)	1,47 (1,34 à 1,62)
	Autre identité de genre	83,7 (78,3 à 89,1)	2,36 (2,13 à 2,62)
Exposition à la VPI émotionnelle	Garçon cisgenre	33,5 (30,7 à 36,3)	1,0 (réf.)
	Fille cisgenre	44,1 (41,4 à 46,8)	1,32 (1,19 à 1,46)
	Autre identité de genre	60,7 (50,5 à 71,0)	1,82 (1,50 à 2,19)

Source : Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ), 2023<sup>9</sup>.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; VPI, violence entre partenaires intimes.

Remarques : Les autres identités de genre incluent les jeunes relevant de la diversité de genre, c'est-à-dire les jeunes s'étant identifié(e)s comme non binaires et ceux et celles dont le genre actuel diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance (par exemple, les personnes transgenres). Toutes les questions relatives à la maltraitance envers les enfants sont disponibles dans le tableau 1.

de variations réelles dans les expériences des jeunes (conditions sociales et économiques, systèmes de prévention et de signalement, normes culturelles en matière de divulgation, etc.) et de différences méthodologiques (approches d'échantillonnage et conception d'enquête)<sup>17</sup>. Bien que l'ECSEJ et l'enquête YRBS utilisent des mesures de maltraitance envers les enfants largement similaires, l'ECSEJ comporte des questions supplémentaires qui permettent de distinguer les expériences de violence sexuelle et de violence physique, alors que l'enquête YRBS regroupe ces expériences en une seule question<sup>15</sup>.

Les estimations nationales représentatives de la maltraitance envers les enfants chez les jeunes relevant de la diversité de genre sont très rares, en particulier hors des États-Unis, l'étude australienne sur la maltraitance envers les enfants en constituant l'une des rares exceptions<sup>18</sup>. Bien que ses résultats indiquent également une prévalence élevée chez les jeunes relevant de minorités de genre, les différences au niveau de la tranche d'âge (16 à 24 ans) et de l'approche dans les mesures limitent

les comparaisons avec l'ECSEJ<sup>18</sup>. Cela souligne la nécessité de mener des recherches supplémentaires à l'échelle de la population, ainsi que des travaux sur les facteurs de protection, les stratégies d'intervention et les politiques adaptées aux jeunes relevant de la diversité de genre<sup>19,20</sup>.

### Points forts et limites

L'un des points forts de cette étude est son vaste échantillon national et l'utilisation de mesures validées de la maltraitance envers les enfants. L'utilisation de données autodéclarées par les jeunes permet de saisir des expériences de maltraitance plus récentes que les déclarations rétrospectives des adultes. Toutefois, malgré ces points forts, la sous-déclaration reste un sujet de préoccupation, en particulier pour des expériences telles que la violence sexuelle, en raison de la stigmatisation ou de la peur de la divulgation<sup>21</sup>. Bien que les déclarations des adolescents réduisent les problèmes de mémoire à long terme, les données autodéclarées risquent d'être influencées par la santé mentale actuelle (comme des symptômes dépressifs), et ce,

même si les données disponibles laissent penser que ces effets sont généralement modestes<sup>22</sup>. Malgré une pondération visant à la représentativité de la population à l'échelle nationale, le faible taux de réponse de l'ECSEJ est susceptible d'avoir introduit un biais de non-réponse dans la mesure où la maltraitance envers les enfants est liée à la participation à l'enquête : certaines études indiquent que les enquêtes sur la santé peuvent surreprésenter les participants ayant des problèmes de santé mentale et sous-représenter les groupes plus difficiles à atteindre, bien que ces résultats soient mitigés et que la pondération ne permette pas de corriger totalement ce phénomène<sup>23,24</sup>. Enfin, l'exclusion de certaines populations, telles que les jeunes placés en famille d'accueil et les communautés autochtones, contribue probablement à une sous-estimation de la prévalence nationale de la maltraitance envers les enfants<sup>25</sup>. La faiblesse des effectifs n'a pas permis d'établir d'estimations spécifiques pour les jeunes transgenres et non binaires, ni d'analyser les recoupements entre identité de genre et identité sexuelle (lesbienne, gay, bisexuelle ou autre).

**TABEAU 3**  
**Estimations de la prévalence de la maltraitance envers les enfants, basées sur les déclarations des jeunes de 15 à 17 ans, National Youth Risk Behaviour Survey, États-Unis, 2023**

Type de maltraitance envers les enfants	Genre	Prévalence (IC à 95 %)
Violence physique	Garçon cisgenre	29,1 (26,1 à 32,1)
	Fille cisgenre	32,4 (29,8 à 35,0)
	Autre identité de genre	54,2 (49,3 à 59,1)
Violence sexuelle	Garçon cisgenre	2,3 (1,4 à 3,2)
	Fille cisgenre	10,7 (9,2 à 12,3)
	Autre identité de genre	21,0 (15,7 à 26,3)
Exposition à la VPI physique	Garçon cisgenre	14,2 (12,1 à 16,3)
	Fille cisgenre	22,8 (20,3 à 25,3)
	Autre identité de genre	30,1 (23,8 à 36,4)
Négligence physique	Garçon cisgenre	9,7 (7,6 à 11,7)
	Fille cisgenre	8,6 (6,3 à 10,9)
	Autre identité de genre	8,4 (4,5 à 12,3)
Violence psychologique	Garçon cisgenre	53,2 (50,3 à 56,2)
	Fille cisgenre	67,2 (64,1 à 70,4)
	Autre identité de genre	89,1 (85,0 à 93,3)

Source : National Youth Risk Behavior Survey, 2023.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; VPI, violence entre partenaires intimes.

Remarques : Les autres identités de genre incluent les jeunes relevant de la diversité de genre, c'est-à-dire les jeunes qui s'identifient comme transgenres ou qui se posent des questions sur leur genre. Mesures de la maltraitance envers les enfants selon Swedo et al.<sup>15</sup>. Les données ont été analysées par les auteures à l'aide de la base de données accessible au public<sup>16</sup>.

## Conclusion

Nos estimations nationales, basées sur des données autodéclarées par les jeunes, ont montré que près de la moitié des Canadiens de 15 à 17 ans ont été victimes de violence psychologique et que les jeunes relevant de la diversité de genre ont subi de manière disproportionnée de la maltraitance, et ce, pour chaque type de maltraitance. Pour remédier à ces disparités, le renforcement de la surveillance en santé publique afin de saisir explicitement l'identité de genre contribuerait à constituer la base de données probantes nécessaire pour orienter les interventions en faveur des jeunes de la communauté 2SLGBTQ+<sup>26</sup>. Les efforts de surveillance devraient également envisager l'élargissement de la base d'échantillonnage des ménages afin d'inclure les populations actuellement exclues (en particulier les jeunes en foyer d'accueil et de nombreuses communautés autochtones). Les recherches futures devraient explorer les recoupements entre les identités de genre et les identités sexuelles et opérer des distinctions au sein des groupes relevant de la diversité de genre afin de mieux saisir l'hétérogénéité des expériences et des

besoins. En intégrant ces stratégies fondées sur les données et axées sur l'équité, le Canada pourra mieux faire face aux coûts à long terme en matière de santé mentale et physique associés à la maltraitance envers les enfants.

## Remerciements

Nous remercions Aimée Campeau, Tracie Afifi et Andrea Gonzalez pour leur rôle déterminant dans l'intégration des mesures de la maltraitance envers les enfants dans l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, ainsi que pour leurs précieuses connaissances sur l'épidémiologie de la maltraitance envers les enfants au Canada. Nous remercions également Carlos Tolentino de Statistique Canada pour son aide à la validation analytique. Cette recherche n'a bénéficié d'aucune subvention de la part d'organismes de financement des secteurs public, privé ou à but non lucratif.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteures et avis

Conception : LT, HM, BM. Collecte et validation des données : IL, CC. Analyse des données : BM. Méthodologie : LT, HM, BM, KG. Rédaction – première version du manuscrit : BM. Rédaction – relectures et corrections : LT, HM, KG, EN, AV, IL, CC, BM.

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

## Références

- Zhang H, Wang Z, Tang X, Wang W. The association between child maltreatment and academic achievement: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2025;159(107159). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107159>
- Kaiser SV, Kornblith AE, Richardson T, Pantell MS, Fleepler EW, Fritz CQ, et al. Emergency visits and hospitalizations for child abuse during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics.* 2021; 147(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-038489>
- Baldwin JR, Wang B, Karwatowska L, Schoeler T, Tsaligopoulou A, Munafo MR, et al. Childhood maltreatment and mental health problems: a systematic review and meta-analysis of quasi-experimental studies. *Am J Psychiatry.* 2023;180(2):117-126. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220174>
- Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics.* 2020; 146(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
- Le DQ, Le LK, Le PH, Yap MBH, Mihalopoulos C. Cost effectiveness of interventions to prevent the occurrence and the associated economic impacts of child maltreatment : a systematic review. *Child Abuse Negl.* 2024;106863. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106863>

6. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ*. 2014;186(9):E324-332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
7. Hovdestad W, Shields M, Shaw M, Tonmyr L. Childhood maltreatment as a risk factor for cancer: findings from a population-based survey of Canadian adults. *BMC Cancer*. 2020;20(70). <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6481-8>
8. Campeau A, Tanaka M, McTavish JR, MacMillan H, McKee C, Hovdestad WE, et al. Asking youth and adults about child maltreatment: a review of government surveys. *BMJ Open*. 2022;12(11):e063905. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063905>
9. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) 2023 [consultation le 19 déc. 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=1504253](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1504253)
10. Walsh CA, MacMillan HL, Trocmé N, Jamieson E, Boyle MH. Measurement of victimization in adolescence: development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2008;32(11):1037-1057. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.05.003>
11. Harris KM, Halpern CT, Whitsel EA, Hussey JM, Killeya-Jones LA, Tabor J, et al. Cohort profile: the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health). *Int J Epidemiol*. 2019;48(5):1415-1415k. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz115>
12. Hanes DW, Clouston SAP. Ask again: including gender identity in longitudinal studies of aging. *Gerontologist*. 2021;61(5):640-649. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa107>
13. Instituts de recherche en santé du Canada Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? 2023 [consultation le 11 août 2025]. En ligne à : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>
14. Keppel K, Pamuk E, Lynch J, Carter-Pokras O, Insun K, Mays V, et al. Methodological issues in measuring health disparities. *Vital Health Stat*. 2005;2(141):1-16. En ligne à : [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_02/sr02\\_141.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_141.pdf)
15. Swedo E, Pampati S, Anderson K, Thorne E, McKinnon I, Brener ND, et al. Adverse childhood experiences and health conditions and risk behaviors among high school students — youth risk behavior survey, United States, 2023. *MMWR Suppl*. 2024;73(Suppl-4):39-49. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.su7304a5>
16. US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance system (YRBSS) data and documentation: national datasets and documentation by year. 2024 [consultation le 13 février 2025]. En ligne à : <https://www.cdc.gov/yrbss/data/index.html>
17. Mathews B, Pacella R, Dunne MP, Simunovic M, Marston C. Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>
18. Higgins DJ, Lawrence D, Haslam DM, Mathews B, Malacova E, Erskine HE, et al. Prevalence of Diverse Genders and Sexualities in Australia and Associations With Five Forms of Child Maltreatment and Multi-type Maltreatment. *Child Maltreat*. 2025;30(1):21-41. <https://doi.org/10.1177/10775595231226631>
19. Capaldi M, Schatz J, Kavenagh M. Child sexual abuse/exploitation and LGBTQI+ children : context, links, vulnerabilities, gaps, challenges and priorities. *Child Protection and Practice*. 2024;1. <https://doi.org/10.1016/j.chipro.2024.100001>
20. Kennedy KS, Johns MM, Schnarrs PW, Russell ST. Cisheterosexism as childhood adversity: implications for sexual and gender minority health. *American Journal of Preventive Medicine*. 2025;68(4):824-827. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.12.015>
21. Steiger DM, Brick M, Sedlak A, Finkelhor D, Turner H, Hamby S. Methodological research to support the national survey of children's exposure to violence. Bureau of Justice Statistics (BJS) and Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP); 2024. En ligne à : <https://www.ojp.gov/pdffiles1/bjs/grants/306384.pdf>
22. Frampton NMA, Poole JC, Dobson KS, Pusch D. The effects of adult depression on the recollection of adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl*. 2018;86:45-54. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.006>
23. Glass DC, Kelsall HL, Slegers C, Forbes AB, Loff B, Zion D, et al. A telephone survey of factors affecting willingness to participate in health research surveys. *BMC Public Health*. 2015;15:1017. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2350-9>
24. Krieger N, LeBlanc M, Waterman PD, Reiser SL, Testa C, Chen JT. Decreasing Survey Response Rates in the Time of COVID-19: Implications for analyses of population health and health inequities. *Am J Public Health*. 2023;113(6):667-670. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307267>
25. Fallon B, Lefebvre R, Trocmé N, Richard K, Hélie S, Montgomery M, et al. Denouncing the continued overrepresentation of First Nations children in Canadian child welfare: findings from the First Nations/Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2019. Ottawa (Ont.) : Assemblée des Premières Nations; 2021. En ligne à : [https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/FNCIS-2019%20-%20Denouncing%20the%20Continued%20Overrepresentation%20of%20First%20Nations%20Children%20in%20Canadian%20Child%20Welfare%20-%20Final\\_1%20%282%29.pdf](https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/FNCIS-2019%20-%20Denouncing%20the%20Continued%20Overrepresentation%20of%20First%20Nations%20Children%20in%20Canadian%20Child%20Welfare%20-%20Final_1%20%282%29.pdf)
26. Vandermorris A, Metzger DL. An affirming approach to caring for transgender and gender-diverse youth. *Paediatr Child Health*. 2023;28(7):437-448. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad045>



## Aperçu

# Comportement prosocial et bonheur chez les enfants de 6 à 11 ans au Canada

Colin A. Capaldi, Ph. D. (1); Danielle Lemaire, M. Sc. (1); Katrina R. Abela, M.A. (1,2); Laura L. Ooi, Ph. D. (1); Melanie Varin, M. Sc. (1)

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

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



### Résumé

L'une des lacunes dans la surveillance de la santé publique au Canada est la surveillance de la santé mentale positive des enfants. Nous avons utilisé les données disponibles des six premiers cycles de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) pour analyser l'évolution de deux indicateurs potentiels de santé mentale positive et leur distribution au sein de groupes d'enfants de 6 à 11 ans. La prévalence du comportement prosocial évalué comme normatif par les parents et celle du bonheur perçu se sont révélées élevées et relativement stables dans le temps. Les comportements prosociaux évalués comme normatifs par les parents étaient plus fréquents chez les filles (par rapport aux garçons) et chez les enfants de 8 et 9 ans (par rapport aux enfants de 6 et 7 ans), tandis que le bonheur perçu était plus élevé chez les enfants de 6 et 7 ans (par rapport aux enfants de 10 et 11 ans).

**Mots-clés :** altruisme, bonheur, enfant, facteurs sociodémographiques, tendances, surveillance de la santé publique

### Introduction

L'Agence de la santé publique du Canada exerce une surveillance des résultats en matière de santé mentale positive et de leurs déterminants en s'appuyant sur le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (CISSPM)<sup>1</sup>. L'importance de prendre en compte les étapes du parcours de vie (c.-à-d. l'enfance [jusqu'à 11 ans], la jeunesse [12 à 17 ans], l'âge adulte [18 ans et plus]) a été établie lors de l'élaboration initiale du CISSPM<sup>2</sup>. Les versions pour adultes et jeunes du CISSPM ont été publiées et mises à jour à plusieurs reprises<sup>3</sup>, alors que la version pour enfants est toujours en cours d'élaboration. Afin de commencer à combler cette lacune, une étude exploratoire a été menée pour comprendre comment la santé mentale positive est conçue dans l'enfance, avec comme composantes-clés de la santé mentale positive de l'enfant le bien-être

hédonique/émotionnel, le bien-être psychologique, le bien-être social et l'apprentissage socio-émotionnel/le développement positif<sup>3</sup>.

L'étape suivante de la surveillance consiste à définir et à analyser les indicateurs potentiels de la santé mentale positive de l'enfant. L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) a mesuré à plusieurs reprises deux résultats de santé mentale positive chez les enfants : le comportement prosocial et le bonheur. Les comportements prosociaux sont des actions posées en faveur d'autrui (notamment l'aide, le partage et le réconfort<sup>4</sup>) et on peut les considérer comme relevant de l'apprentissage des émotions sociales/du développement positif (conscience sociale, aptitudes relationnelles, compétence sociale, etc.)<sup>5,6</sup>. Les définitions du bonheur ont varié selon les époques et les cultures<sup>7</sup>, mais les chercheurs le définissent généralement

### Points saillants

- La grande majorité des enfants ont présenté un niveau de comportement prosocial évalué comme normatif par les parents (c.-à-d. un score de 8 ou plus sur la sous-échelle du questionnaire sur les forces et les difficultés), soit 89,6 % en 2007-2009 et 90,2 % en 2014-2015.
- Environ neuf enfants sur dix ont été décrits comme étant généralement «heureux et intéressés par la vie», soit 92,0 % en 2007-2009 et 91,1 % en 2018-2019.
- La prévalence du comportement prosocial évalué comme normatif par les parents était plus élevée chez les filles (93,8 %) que chez les garçons (83,3 %) et chez les enfants de 8 et 9 ans (89,8 %) que chez les enfants de 6 et 7 ans (85,6 %).
- La prévalence du bonheur perçu était plus élevée chez les enfants de 6 à 7 ans (94,3 %) que chez les enfants de 10 et 11 ans (88,9 %).

comme une composante essentielle du bien-être hédonique/émotionnel (avec le plaisir, la jouissance ou la satisfaction à l'égard de la vie)<sup>8</sup>.

### Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Colin A. Capaldi, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785 Carling Avenue, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 343-992-9759; courriel : [colin.capaldi@phac-aspc.gc.ca](mailto:colin.capaldi@phac-aspc.gc.ca)

Bien que ces résultats aient été inclus dans les premiers cycles de l'ECMS<sup>9,10</sup>, la compréhension de leur épidémiologie chez les enfants canadiens est limitée. Afin de mieux comprendre ce que les indicateurs basés sur ces mesures pourraient nous apprendre sur la santé maternelle et infantile s'ils étaient utilisés à des fins de surveillance, nos objectifs étaient d'étudier si les niveaux de bonheur et de comportement prosocial chez les enfants canadiens 1) varient dans le temps, 2) diffèrent en fonction de groupes sociodémographiques et 3) sont associés les uns aux autres.

## Méthodologie

### Données

L'ECMS est une enquête transversale répétée de Statistique Canada qui recueille des données représentatives sur la santé des personnes au Canada au moyen de questionnaires et de mesures directes de la santé. Nous avons utilisé les données partagées des questionnaires sur les ménages des six premiers cycles<sup>9-14</sup>, qui ont été administrés lors d'un entretien personnel au domicile du répondant entre 2007 et 2019 (les dates des cycles sont indiquées dans le tableau 1). La population cible était âgée de 3 à 79 ans pour les cycles 2 à 6 et de 6 à 79 ans pour le cycle 1. Les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant en institution, dans des réserves ou d'autres établissements autochtones et dans des régions éloignées ne faisaient pas partie de la population cible, pas plus que les personnes vivant dans les territoires à partir du cycle 3. Une stratégie d'échantillonnage à plusieurs degrés est utilisée pour l'ECMS : les sites de collecte sont sélectionnés dans les régions, suivis d'un échantillon aléatoire de logements, puis d'un échantillonnage de personnes au sein des ménages. Nous avons limité nos analyses aux enfants de 6 à 11 ans (N = 1 081, 1 076, 1 024, 1 032, 1 040 et 1 011 pour les cycles 1 à 6 respectivement).

### Mesures

Le comportement prosocial a été mesuré pour les cycles 1 à 4 (2007-2015) à l'aide de cinq éléments de la sous-échelle «comportement prosocial» du Questionnaire sur les points forts et les points faibles (QPPFF)<sup>15</sup>. Le QPPFF a été validé pour les enfants et les adolescents canadiens, et sa validité factorielle, sa cohérence interne et

son invariance de mesure entre les sexes, les âges et les langues ont été prouvées<sup>16</sup>. On a demandé aux parents/tuteurs (ci-après dénommés «parents») si chaque énoncé (exemple : «offre son aide si quelqu'un est blessé, contrarié ou se sent malade») était «pas vrai» (score 0), «plutôt vrai» (score 1) ou «tout à fait vrai» (score 2) en matière de comportement de leur enfant au cours des six derniers mois. Les réponses ont été additionnées, le score total allant de 0 à 10. Nous avons classé ces scores totaux sur la base de seuils spécifiques au Canada<sup>17</sup>, les scores de 8 à 10 correspondant aux niveaux «normatifs» de comportement prosocial évalué par les parents (précédemment qualifiés de «normaux») et les scores de 0 à 7 aux niveaux «non normatifs» (précédemment qualifiés de «limites» [7] et de «cliniques» [0 à 6]).

Le bonheur a été mesuré au cours des cycles 1, 2, 5 et 6 (2007-2011, 2016-2019) à l'aide de la mesure attribuée à l'émotion à un seul élément du Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)<sup>18</sup>. Il a été demandé aux parents (avec l'aide de leur enfant si nécessaire) s'ils décriraient leur enfant comme étant généralement «heureux et intéressé par la vie», «plutôt heureux», «plutôt malheureux», «malheureux avec peu d'intérêt pour la vie» ou «tellement malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue». Pour demeurer cohérents avec le codage utilisé pour la version auto-évaluée de cette mesure pour les jeunes et les adultes dans le PMHSIF<sup>1</sup>, nous avons catégorisé «heureux et intéressé par la vie» comme correspondant à un bonheur perçu élevé.

### Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées à l'aide de la version 7.1 de SAS Enterprise Guide. Nous avons utilisé les poids d'échantillonnage et *bootstrap* de Statistique Canada pour tenir compte du plan d'échantillonnage. Nous avons combiné les cycles qui mesureraient le(s) résultat(s) de santé mentale positive d'intérêt et combiné les fichiers de poids conformément aux recommandations de Statistique Canada<sup>19,20</sup>. Nous nous sommes également alignés sur leurs recommandations<sup>20</sup> et nous avons spécifié les degrés de liberté dans nos analyses en fonction du nombre total de sites de collecte de données échantillonnés moins le nombre de régions pour chaque cycle. Pour analyser les différences potentielles au fil du temps, nous avons calculé des

pourcentages pondérés globaux et stratifiés par sexe avec des intervalles de confiance (IC) de 95 % pour le comportement prosocial évalué comme normatif par les parents et le bonheur perçu élevé, et ce, à chaque cycle pertinent. Nous avons également effectué des analyses de régression logistique non ajustées pour déterminer s'il existait des différences significatives par rapport à la période 2007-2009 (soit le cycle 1). Pour étudier les différences sociodémographiques potentielles (les variables précises et les ventilations sont indiquées dans le tableau 2), nous avons obtenu des pourcentages pondérés avec IC à 95 % pour le comportement prosocial évalué comme normatif par les parents et le bonheur perçu élevé pour chaque groupe et nous avons effectué des analyses de régression logistique non ajustées.

Des analyses similaires ont été menées pour vérifier comment le comportement prosocial et le bonheur étaient associés. Nous avons utilisé la suppression par paire pour traiter les données manquantes (la taille des échantillons est précisée dans les remarques des tableaux 1 et 2).

## Résultats

La grande majorité des enfants présentaient des niveaux normatifs de comportement prosocial évalué par les parents à chaque point dans le temps, allant de 86,0 % à 90,2 % dans l'ensemble, de 93,4 % à 94,6 % pour les filles et de 77,9 % à 87,0 % pour les garçons. De même, la plupart des enfants ont fait état d'un bonheur perçu élevé, allant de 91,1 % à 92,2 % dans l'ensemble, de 89,4 % à 94,9 % pour les filles et de 88,7 % à 93,0 % pour les garçons. La prévalence d'un comportement prosocial évalué comme normatif par les parents et d'un bonheur perçu élevé n'a pas différé significativement, dans les années ultérieures, de celle observée en 2007-2009 (tableau 1).

Les comparaisons sociodémographiques sont présentées dans le tableau 2. Les garçons avaient significativement moins de probabilité d'avoir un comportement prosocial évalué comme normatif par les parents que les filles (respectivement 83,3 % contre 93,8 %; RC = 0,33, IC à 95 % : 0,23 à 0,46). En outre, les enfants de 8 et 9 ans avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir un comportement prosocial évalué comme normatif par les parents que les enfants de 6 et

**TABLEAU 1**  
**Évolution du comportement prosocial évalué comme normatif par les parents et du bonheur perçu élevé, ensemble et selon le sexe, enfants de 6 à 11 ans, ECMS, 2007 à 2015-2019, Canada**

	Pourcentage pondéré (IC à 95 %)	Pourcentage pondéré (IC à 95 %)	Pourcentage pondéré (IC à 95 %)	Pourcentage pondéré (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)
<b>Comportement prosocial évalué comme normatif par les parents</b>							
Cycle/ Comparaison entre cycles	Cycle 1 mars 2007 à févr. 2009	Cycle 2 août 2009 à nov. 2011	Cycle 3 janv. 2012 à déc. 2013	Cycle 4 janv. 2014 à déc. 2015	Cycle 2 et cycle 1	Cycle 3 et cycle 1	Cycle 4 et cycle 1
Ensemble	89,6 (86,5 à 92,8)	86,0 (81,9 à 90,0)	88,1 (83,2 à 93,0)	90,2 (87,7 à 92,8)	0,71 (0,44 à 1,13)	0,86 (0,47 à 1,58)	1,07 (0,70 à 1,64)
Filles	93,7 (91,3 à 96,0)	94,6 (92,2 à 97,0)	93,4 (90,5 à 96,3)	93,6 (91,0 à 96,3)	1,18 (0,60 à 2,32)	0,96 (0,52 à 1,77)	0,99 (0,56 à 1,77)
Garçons	85,8 (79,3 à 92,2)	77,9 (70,4 à 85,3)	83,1 (74,7 à 91,5)	87,0 (81,8 à 92,2)	0,58 (0,29 à 1,17)	0,82 (0,35 à 1,89)	1,11 (0,55 à 2,25)
<b>Bonheur perçu élevé</b>							
Cycle/ Comparaison entre cycles	Cycle 1 mars 2007 à févr. 2009	Cycle 2 août 2009 à nov. 2011	Cycle 5 janv. 2016 à déc. 2017	Cycle 6 janv. 2018 à déc. 2019	Cycle 2 et cycle 1	Cycle 5 et cycle 1	Cycle 6 et cycle 1
Ensemble	92,0 (90,9 à 93,1)	92,2 (89,5 à 94,8)	91,3 (87,7 à 94,8)	91,1 (87,0 à 95,3)	1,02 (0,68 à 1,53)	0,91 (0,57 à 1,43)	0,89 (0,52 à 1,53)
Filles	92,7 (90,3 à 95,1)	94,9 (92,2 à 97,6)	89,4 (84,2 à 94,6)	93,7 (90,2 à 97,2)	1,46 (0,71 à 3,00)	0,66 (0,35 à 1,25)	1,17 (0,59 à 2,30)
Garçons	91,3 (89,5 à 93,2)	89,6 (85,8 à 93,3)	93,0 (90,0 à 96,1)	88,7 (81,2 à 96,1)	0,82 (0,51 à 1,30)	1,27 (0,74 à 2,17)	0,74 (0,32 à 1,75)

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS).

Abréviations : ECMS, Enquête canadienne sur les mesures de la santé; IC, intervalle de confiance; RC, rapports de cotes.

Remarques : Toutes les estimations sont pondérées. Après avoir exclu les répondants dont les réponses manquaient pour l'un des éléments de la sous-échelle du comportement prosocial, la taille des échantillons combinés pour cet indicateur était de 4 196 pour les analyses globales, 2 097 pour les filles et 2 099 pour les garçons. Après exclusion des répondants dont les réponses à la question sur le bonheur étaient manquantes, les tailles d'échantillon combinées pour cet indicateur étaient de 4 205 pour les analyses globales, 2 091 pour les filles et 2 114 pour les garçons. Les estimations peuvent différer légèrement de celles obtenues lors de l'analyse des données des cycles individuels en raison des pondérations modifiées que nous avons utilisées pour combiner les données de l'ECMS provenant de plusieurs cycles. Les degrés de liberté étaient de 46.

7 ans (respectivement 89,8 % contre 85,6 %; RC = 1,49, IC à 95 % : 1,05 à 2,12). En revanche, les enfants de 10 et 11 ans avaient une probabilité significativement plus faible que les enfants de 6 et 7 ans d'avoir une perception élevée de bonheur (88,9 % contre 94,3 %; RC = 0,48, IC à 95 % : 0,30 à 0,78). Aucune autre différence sociodémographique significative n'a été constatée.

Le comportement prosocial et le bonheur ont été positivement associés (RC = 6,67, IC à 95 % : 4,20 à 10,60; tableau 2). Les enfants ayant une perception élevée de bonheur avaient une probabilité significativement plus élevée (90,2 %) d'avoir un comportement prosocial évalué comme normatif par les parents que les enfants n'ayant pas de perception élevée du bonheur (58,0 %), et les enfants ayant un comportement prosocial évalué comme normatif par les parents avaient une probabilité significativement plus élevée (94,9 %) d'avoir une perception élevée du

bonheur que les enfants ayant un comportement prosocial évalué comme non normatif par les parents (73,6 %).

### Analyse

La plupart des enfants au Canada ont un comportement prosocial évalué comme normatif par les parents et un bonheur perçu élevé, sans différence notable depuis 2007-2009. La prévalence élevée n'est pas surprenante pour le comportement prosocial évalué comme normatif dans la mesure où son seuil a été choisi pour inclure environ 80 % des scores les plus élevés de la sous-échelle du comportement prosocial du QPPFP pour les enfants et les jeunes des cycles 3 et 4 de l'ECMS (2012-2015)<sup>17</sup>. On pourra vérifier si le comportement prosocial évalué comme normatif et le bonheur perçu élevé sont restés aussi répandus chez les enfants dans les dernières années quand/si les ensembles de données des cycles ultérieurs de l'ECMS contenant des données pertinentes vont être disponibles.

La comparaison avec d'autres données canadiennes<sup>1</sup> révèle que les pourcentages de jeunes et d'adultes ayant déclaré être habituellement «heureux et intéressés par la vie» sont inférieurs aux estimations obtenues pour les enfants dans notre étude. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si cela est attribuable à des changements liés à l'âge<sup>21</sup>, à des différences générationnelles ou à des différences méthodologiques<sup>22</sup>. Par exemple, les perceptions parentales en matière de santé mentale peuvent être plus positives que les perceptions auto-évaluées<sup>23</sup>. Des données longitudinales sont nécessaires pour obtenir des explications plus claires. Bien que les enfants aient été présents lors du questionnaire pour donner leur avis en cas de besoin, on ne sait pas dans quelle mesure ils ont réellement contribué aux réponses. Le degré de convergence/divergence entre les indicateurs de santé mentale positive évalués par les parents et ceux évalués par les enfants pourrait être exploré dans de futures études. L'importance

TABLEAU 2

Comparaison du comportement prosocial évalué comme normatif par les parents et du bonheur perçu élevé en fonction de caractéristiques sociodémographiques et comparaison entre les deux indicateurs, enfants de 6 à 11 ans, ECMS, 2007 à 2015-2019, Canada

Variable sociodémographique / Résultat en matière de santé mentale positive	Comportement prosocial évalué comme normatif par les parents		Sentiment de bonheur perçu élevé	
	Pourcentage pondéré (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	Pourcentage pondéré (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)
<b>Sexe</b>				
Filles	93,8 (92,5 à 95,2)	Référence	92,6 (90,8 à 94,5)	Référence
Garçons	83,3 (79,8 à 86,7)	<b>0,33</b> <b>(0,23 à 0,46)</b>	90,6 (88,4 à 92,9)	<b>0,77</b> <b>(0,54 à 1,10)</b>
<b>Âge</b>				
6 et 7 ans	85,6 (81,5 à 89,6)	Référence	94,3 (92,2 à 96,4)	Référence
8 et 9 ans	89,8 (87,6 à 92,1)	<b>1,49</b> <b>(1,05 à 2,12)</b>	92,0 (89,2 à 94,8)	<b>0,69</b> <b>(0,39 à 1,24)</b>
10 et 11 ans	89,6 (87,3 à 91,9)	<b>1,45</b> <b>(0,99 à 2,14)</b>	88,9 (86,4 à 91,4)	<b>0,48</b> <b>(0,30 à 0,78)</b>
<b>Tertile de revenu du ménage</b>				
Faible	88,4 (84,8 à 91,9)	Référence	90,8 (87,9 à 93,6)	Référence
Moyen	88,4 (85,2 à 91,6)	<b>1,01</b> <b>(0,62 à 1,64)</b>	92,7 (90,1 à 95,3)	<b>1,29</b> <b>(0,80 à 2,10)</b>
Élevé	88,5 (85,9 à 91,0)	<b>1,01</b> <b>(0,67 à 1,53)</b>	91,8 (87,5 à 96,2)	<b>1,14</b> <b>(0,52 à 2,51)</b>
<b>Niveau de scolarité du ménage</b>				
Diplôme d'études secondaires ou moins	89,2 (84,9 à 93,5)	Référence	89,6 (86,1 à 93,1)	Référence
Études postsecondaires	88,0 (86,1 à 90,0)	<b>0,90</b> <b>(0,57 à 1,40)</b>	91,9 (90,1 à 93,7)	<b>1,31</b> <b>(0,81 à 2,14)</b>
<b>Composition du ménage</b>				
Parent seul	85,7 (77,3 à 94,2)	Référence	86,6 (79,1 à 94,0)	Référence
Famille biparentale	88,8 (86,5 à 91,1)	<b>1,32</b> <b>(0,60 à 2,91)</b>	92,1 (90,6 à 93,6)	<b>1,81</b> <b>(0,92 à 3,57)</b>
<b>Comportement prosocial</b>				
Non normatif	–	–	73,6 (65,2 à 82,0)	Référence
Normatif	–	–	94,9 (93,7 à 96,1)	<b>6,67</b> <b>(4,20 à 10,60)</b>
<b>Bonheur</b>				
Peu élevé	58,0 (47,3 à 68,8)	Référence	–	–
Élevé	90,2 (87,6 à 92,8)	<b>6,67</b> <b>(4,20 à 10,60)</b>	–	–

Source : Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS).

Abréviations : ECMS, Enquête canadienne sur les mesures de la santé; IC, intervalle de confiance; RC, rapports de cotes; « – », sans objet.

Remarques : Toutes les estimations sont pondérées. Les analyses portant sur le comportement prosocial et les caractéristiques sociodémographiques sont basées sur les données combinées des cycles 1 à 4 de l'ECMS (degrés de liberté = 46), avec des tailles d'échantillon de 4 196 pour les comparaisons par sexe, âge et tertile de revenu du ménage; 4 046 pour la comparaison du niveau de scolarité du ménage et 3 388 pour la comparaison de la composition du ménage. Les analyses portant sur le bonheur et les caractéristiques sociodémographiques sont basées sur les données combinées des cycles 1, 2, 5 et 6 de l'ECMS (degrés de liberté = 46), à l'exception de l'analyse portant sur le tertile de revenu du ménage qui n'inclut que les cycles 1, 2 et 6 (degrés de liberté = 35). Dans ces analyses du bonheur, les tailles d'échantillon sont de 4 205 pour les comparaisons par sexe et par âge, de 4 129 pour la comparaison du niveau de scolarité des ménages, de 3 377 pour la comparaison de la composition des ménages et de 3 165 pour la comparaison des tertiles de revenu du ménage. La taille de l'échantillon était nettement plus faible pour les analyses portant sur la composition du ménage, car nous avons exclu les ménages dans lesquels vivaient d'autres personnes que le(s) parent(s) et le(s) frère(s) et sœur(s) de l'enfant (par ex., grand-parent, oncle/tante); néanmoins, l'interprétation des résultats n'a pas changé lorsque ces ménages ont été inclus. Pour tenir compte de l'augmentation du revenu du ménage au fil du temps, les tertiles ont été calculés séparément pour chaque cycle. Les tertiles de revenu n'ont pas pu être calculés pour le cycle 5 car les répondants n'ont pas donné leur accord pour partager les données sur le revenu du ménage avec Santé Canada ou l'Agence de la santé publique du Canada pour ce cycle. Les analyses portant sur l'association entre le comportement prosocial et le bonheur comprennent les cycles 1 et 2, avec une taille d'échantillon de 2 149 (degrés de liberté = 24). Les RC en gras ont des intervalles de confiance qui excluent 1,0 et sont considérés comme statistiquement significatifs.

d'intégrer le point de vue des enfants dans la mesure et le compte-rendu de leur santé mentale positive a été l'une des principales conclusions de l'étude exploratoire susmentionnée<sup>3</sup>, et l'OCDE a indiqué qu'il s'agissait d'un domaine qui devrait faire l'objet de recherches futures<sup>24</sup>.

Nous avons relevé des différences entre les sexes en ce qui concerne l'évaluation du comportement prosocial par les parents, des niveaux normatifs ayant été plus fréquemment attribués aux filles qu'aux garçons. Ces résultats concordent avec des recherches antérieures sur le comportement prosocial, bien que l'ampleur de cette différence puisse dépendre du type de comportement prosocial, de la méthode de mesure et de la cible du comportement, et qu'elle puisse être partiellement influencée par les stéréotypes liés au genre<sup>25</sup>. De manière cohérente également avec de précédents résultats<sup>25</sup>, les groupes d'enfants les plus âgés ont eu tendance à recevoir une évaluation plus élevée de comportement prosocial par les parents que les plus jeunes (bien que la différence pour le groupe d'âge le plus élevé n'ait pas atteint la signification statistique de  $p = 0,06$ ). Inversement, le bonheur perçu s'est révélé le plus élevé dans le groupe d'âge le plus jeune (par rapport au groupe d'âge le plus âgé). Ces constats divergents renforcent l'importance de surveiller plusieurs résultats de santé mentale positive<sup>2,3,24</sup>.

En résumé, cette étude nous permet de mieux comprendre l'épidémiologie du comportement prosocial et du bonheur chez les enfants canadiens. Cependant, elle comporte certaines limites. La prévalence très élevée pour les deux indicateurs peut conduire à des effets de plafond, ce qui a pu empêcher la détection de différences dans le temps et entre les groupes. La présence de l'enfant et celle de l'enquêteur pourraient également avoir contribué à la forte prévalence de réponses socialement souhaitables de la part des parents<sup>26</sup>. En outre, si l'association positive entre le comportement prosocial et le bonheur est conforme aux recherches antérieures<sup>27</sup> et prouve leur validité convergente, des biais méthodologiques communs peuvent également contribuer à une partie de leur variance de chevauchement<sup>28</sup>. La nature transversale des données limitant les inférences causales, il n'est pas possible d'établir si le comportement prosocial évalué conduit au bonheur perçu ou vice et versa. Les résultats ne

sont pas généralisables aux personnes exclues de l'ECMS (dont celles qui vivent dans les réserves des Premières Nations). Une surveillance continue au-delà de 2019 et le suivi d'autres indicateurs (autodéclarés) de santé mentale positive sont nécessaires pour une compréhension globale de la santé mentale positive des enfants au Canada. Notre étude fournit néanmoins un premier aperçu de la santé mentale positive des enfants au Canada sur la base de deux indicateurs, qui pourraient être intégrés aux outils de surveillance tels que le CISSMP.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

CAC : conception, méthodologie, analyse formelle, rédaction – première version du manuscrit.

LD : rédaction – relectures et corrections.

KRA : rédaction – relectures et corrections.

LLO : rédaction – relectures et corrections.

MV : validation, rédaction – relectures et corrections.

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

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Centre de surveillance et de recherche appliquée. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive : Aperçu [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2024 [mise à jour le 21 nov. 2024; consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/Index>
2. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2016;36(1):1-11. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01f>

3. Varin M, Jhumi M, Capaldi CA, Dopko RL, Ooi LL. Positive mental health among children 11 years and under in Western countries: a scoping review to inform Canada's public health surveillance. medRxiv [prépublication]. 2025 [consultation le 9 oct. 2025]. <https://doi.org/10.1101/2025.10.08.25337090>
4. Dunfield KA. A construct divided: prosocial behavior as helping, sharing, and comforting subtypes. *Front Psychol*. 2014;5:958. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00958>
5. Denham SA, Brown C. "Plays nice with others" : social-emotional learning and academic success. *Early Educ Dev*. 2010;21(5):652-680. <https://doi.org/10.1080/10409289.2010.497450>
6. Huber L, Plötner M, Schmitz J. Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psy*. 2019;28:443-459. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1152-x>
7. Oishi S, Graham J, Kesebir S, Galinha IC. Concepts of happiness across time and cultures. *Pers Soc Psychol B*. 2013;39(5):559-577. <https://doi.org/10.1177/0146167213480042>
8. Huta V, Waterman AS. Eudaimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *J Happiness Stud*. 2014;15:1425-1456.
9. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Information détaillée pour printemps 2007 au printemps 2009 (Cycle 1) [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2007 [mise à jour le 24 oct. 2007; consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=10263](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=10263)
10. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Information détaillée pour août 2009 à novembre 2011 (Cycle 2) [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2012 [mise à jour le 18 mai 2012; consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=62444](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=62444)

11. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Information détaillée pour janvier 2012 à décembre 2013 (Cycle 3) [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2014 [mise à jour le 10 sept. 2014; consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=136652](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=136652)
12. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Information détaillée pour janvier 2014 à décembre 2015 (Cycle 4) [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2014 [mise à jour le 15 avril 2014; consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=148760](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=148760)
13. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Information détaillée pour janvier 2016 à décembre 2017 (Cycle 5) [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2018 [mise à jour le 23 octobre 2018; consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=251160](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=251160)
14. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Information détaillée pour janvier 2018 à décembre 2019 (Cycle 6) [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2019 [mise à jour le 4 décembre 2019; consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=1195092](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1195092)
15. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire : a research note. *J Child Psychol Psyc.* 1997;38(5): 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
16. Hoffmann MD, Lang JJ, Guerrero MD, Cameron JD, Goldfield GS, Orpana HM, et al. Évaluation des propriétés psychométriques du questionnaire sur les points forts et les difficultés évalués par les parents dans un échantillon d'enfants et d'adolescents canadiens âgés de 6 à 17 ans représentatif à l'échelle nationale. *Rapports sur la santé.* 2020;31(8):14-21. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000800002-fra>
17. Turner SE, Dopko RL, Goldfield G, Cloutier P, Pajer K, Abdessemed M, et al. Validation des seuils cliniques existants pour le questionnaire sur les forces et les difficultés rapporté par les parents dans un large échantillon d'enfants et d'adolescents canadiens. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2023;43(9):458-470. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.9.03f>
18. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health Qual Life Out.* 2003;1:54. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-54>
19. Statistique Canada. Combinaison de poids – instructions : Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2019.
20. Statistique Canada. Instructions pour combiner plusieurs cycles de données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS). Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2021.
21. Buecker S, Luhmann M, Haehner P, Bühler JL, Dapp LC, Luciano EC, et al. The development of subjective well-being across the life span: a meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2023;149(7-8):418-446.
22. Khanna D, Khadka J, Mpundu-Kaambwa C, Lay K, Russo R, Ratcliffe J. Are We Agreed? Self-Versus Proxy-Reporting of Paediatric Health-Related Quality of Life (HRQoL) Using Generic Preference-Based Measures: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacoeconomics.* 2022;40:1043-1067. <https://doi.org/10.1007/s40273-022-01177-z>
23. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019 [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 5 mars 2025]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200723/dq200723a-fra.htm>
24. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Measuring what matters for child well-being and policies.* Paris (FR) : Éditions OCDE; 2021. <https://doi.org/10.1787/e82fded1-en>
25. Eisenberg N, Fabes RA, Spinrad TL. Prosocial development. Dans : Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, dir. *Handbook of child psychology.* 6<sup>e</sup> éd. Hoboken (NJ) : John Wiley & Sons; 2007. p. 646-718. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0311>
26. Zhang X, Kuchinke L, Woud ML, Velten J, Margraf J. Survey method matters: online/offline questionnaires and face-to-face or telephone interviews differ. *Comput Hum Behav.* 2017;71:172-180. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.02.006>
27. Aknin LB, Van de Vondervoort JW, Hamlin JK. Positive feelings reward and promote prosocial behavior. *Curr Opin Psychol.* 2018;20:55-59. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.08.017>
28. Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee J-Y, Podsakoff NP. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *J Community Psychol.* 2003;33(5):879-903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.33.5.879>

## 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'étude<sup>1</sup> 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 province<sup>33</sup> et l'autre à l'échelle du quartier<sup>34</sup> (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 ( $r = -0,64$ ;  $p = 0,03$ )<sup>33</sup>. 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 supervisée<sup>34</sup>. 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 ( $p = 0,38$ )<sup>34</sup>. 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 province<sup>33</sup> et l'autre à l'échelle du quartier<sup>34</sup> (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 ( $r = -0,64$ ;  $p = 0,03$ )<sup>33</sup>. 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 supervisée<sup>34</sup>. 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](mailto:genevieve.gariepy@phac-aspc.gc.ca)

---

de décès en moins, mais cette différence ne s'est pas révélée statistiquement significative ( $p = 0,38$ )<sup>34</sup>. **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 auteurs 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)



## Avis de publication

# Mise à jour de l'examen de la législation sur la protection de l'enfance axée sur les droits des Autochtones et le partage des données, Canada

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



Le gouvernement du Canada a publié une version mise à jour du document intitulé [Lois et politiques provinciales et territoriales sur la protection des enfants](#)<sup>1</sup>, qui offre un aperçu exhaustif des lois sur la protection de l'enfance à l'échelle du pays. Élaboré collaborativement par le ministère de la Justice Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le rapport met en évidence les changements législatifs survenus entre 2018 et 2023, et met l'accent sur les lois autochtones et le partage d'informations à des fins de recherche ou de statistiques.

Ce rapport mis à jour sert de ressource centrale pour les décideurs, les professionnels de la santé publique et de la protection de l'enfance, les chercheurs et toute autre personne intéressée par les analyses comparatives des cadres législatifs en matière de protection de l'enfance. Il s'ajoute aux travaux connexes de l'ASPC sur la maltraitance des enfants, notamment la surveillance de la santé publique, l'élaboration de données nationales sur la protection de l'enfance, la recherche appliquée, les politiques et les programmes. Il fait suite aux priorités fixées par le Groupe de travail sur la surveillance et la recherche dans le domaine de la violence envers les enfants de l'ASPC, qui supervise également le Système canadien d'information sur la protection de l'enfance, une base de données nationale qui effectue le suivi des enfants et des jeunes placés hors de leur foyer familial.

Voici les principaux points saillants du rapport :

- une vue d'ensemble de la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, y compris ses effets, ses principes directeurs et ses répercussions
- un aperçu de l'âge d'admissibilité à la protection et aux services prolongés par juridiction
- un résumé des services de soutien accrus pour les jeunes qui quittent le système de protection, disponibles jusqu'à l'âge de 27 ans dans certaines régions
- un examen des exigences en matière de signalement obligatoire des cas de maltraitance envers les enfants
- une analyse des règles relatives au partage des données à des fins de recherche ou statistiques.

Le rapport souligne l'engagement du Canada à lutter contre la maltraitance envers les enfants, incluant la protection de l'enfance, et à promouvoir l'équité pour les enfants et les communautés autochtones.

### Référence

1. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Lois et politiques provinciales et territoriales sur la protection des enfants – 2023*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2025. En ligne à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2025/aspc-phac/HP35-116-2025-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2025/aspc-phac/HP35-116-2025-fra.pdf)

## Avis de publication

# Rapports sur des sujets précis découlant de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire de 2022

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



L'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC) de 2022 est une étude transversale nationale portant sur plus de 26 000 élèves de la 6<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année de plus de 300 écoles canadiennes. L'Université Queen's, en collaboration avec des experts nationaux, a élaboré quatre rapports nationaux sur des sujets précis, offrant un aperçu ciblé de l'Enquête HBSC de 2022.

### Points saillants

- **L'insécurité alimentaire** affecte un élève sur cinq, avec des taux plus élevés dans les familles à faible statut socioéconomique. Les jeunes en situation d'insécurité alimentaire étaient moins susceptibles de respecter les recommandations en matière de nutrition, de sommeil et d'activité physique. Ils étaient également plus susceptibles de signaler des symptômes de santé hebdomadaires (maux de tête, irritabilité et déprime) et un plus bas niveau de satisfaction à l'égard de la vie.
- **Le respect des recommandations en matière de mouvement sur 24 heures** continue de diminuer. Seulement 38 % des personnes interrogées ont respecté les recommandations en matière d'activité physique quotidienne en 2022 (contre 59 % en 2018). Le temps passé devant un écran (4,5 à 5,5 heures par jour en moyenne) dépassait les recommandations et le respect des directives sur le sommeil est tombé à 58 %. Moins d'un jeune sur dix a respecté les trois recommandations, les jeunes de diverses identités de genre ayant le plus bas taux de respect des recommandations.
- **La prise de risque en ligne** est fréquente chez les jeunes : 40 % d'entre eux se sont liés d'amitié avec des inconnus, 40 % ont suivi des régimes ou des plans d'exercice sur les médias sociaux et 30 % ont participé à des « défis Internet ». Dans une moindre mesure, les jeunes ont acheté de la drogue en ligne (7 %) ou ont rencontré des inconnus en ligne (5 %). Ces comportements sont liés à une mauvaise santé mentale, en particulier à la solitude et à un faible niveau de satisfaction à l'égard de la vie.
- **La violence dans les fréquentations des adolescents** a touché 36 % des jeunes qui avaient une relation, avec des taux plus élevés chez les jeunes transgenres et les jeunes de diverses identités de genre (44 %) et chez les filles cisgenres (42 %). Un soutien important de la part de la famille, des pairs et des enseignants a permis de réduire les risques.

Pour accéder aux rapports nationaux ou pour les télécharger, consultez la [page Web de l'Enquête HBSC](#) de l'Université Queen's.

## 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.

**Chen SX**, Lee MJ, McVea DA, **Henderson SB**. Antipsychotics and other risk factors for mortality among people with schizophrenia during an extreme heat event: a population-based case-control study. *Sci Rep.* 2025;15(1):34505. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-17591-0>

John S, Joseph KS, Fahey J, **Liu S**, Lisonkova S, Kramer MS. Do birthweight-for-gestational age centiles predict serious neonatal morbidity and neonatal mortality? *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2025. <https://doi.org/10.1111/ppe.70065>

Nussbaumer-Streit B, Booth A, **Garrity C**, Hamel C, Munn Z, Tricco AC, et al. Overview of evidence synthesis types and modes. *J Clin Epidemiol.* 2025;187:111970. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2025.111970>

Walker KL, Gaudreault A, **Prince SA**, Goldfield G, Taler V, Taljaard M, et al. Cycling and cognition in middle-aged and older adults: a scoping review. *J Cycl Micromobil Res.* 2025;6:100092. <https://doi.org/10.1016/j.jcmr.2025.100092>

