

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 40 • numéro 10 • octobre 2020

Dans ce numéro

- Exposé de politique fondé sur des données probantes*
331 **Recommandations fondées sur des données probantes visant à aider les adultes atteints de dépression à rester actifs toute leur vie**
- Recherche quantitative originale*
342 **Renforcer la surveillance des produits de consommation au Canada : l'exemple du vapotage**
- Commentaire*
348 **Action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé au Canada : examen des lettres de mandat du gouvernement fédéral de décembre 2019**
- Avis de publication*
361 **La démence et les accidents vasculaires cérébraux concomitants chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques**
- 362 **Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2020 sur le cancer du poumon**
- Annonce*
363 **Appel ouvert à contributions : pandémie de COVID-19**

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

Anne-Marie Ugnat, Ph. D.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

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

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Heather Orpana, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Barry Pless, C.M., M.D., FRCPC
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

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

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

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

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Chanelle Ayoub, B. Sc.
Rédactrice subalterne

Nicholas Cheta, B. Sc. Santé
Rédacteur subalterne

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

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

Dawn Slawecki, B.A.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Charlotte Kent, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

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

Richard Stanwick, M.D., FRCPC, FAAP
Island Health

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.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2020

ISSN 2368-7398

Pub. 190451

PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.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>

Exposé de politique fondé sur des données probantes

Recommandations fondées sur des données probantes visant à aider les adultes atteints de dépression à rester actifs toute leur vie

Michelle Fortier, Ph. D. (1); Taylor McFadden, M. Sc. (1); Guy Faulkner, Ph. D. (2)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

La dépression est aujourd'hui le trouble mental le plus répandu, et on estime qu'un Canadien sur quatre en souffrira à un moment ou à un autre de sa vie. Même si l'activité physique est recommandée comme traitement principal de la dépression légère à modérée et comme traitement secondaire de la dépression modérée à grave, on ne dispose toujours pas de lignes directrices précises sur la meilleure façon de promouvoir l'activité physique auprès de la population atteinte de dépression. Cet exposé de politique vise donc à fournir des recommandations fondées sur des données probantes aux fournisseurs de soins primaires et aux professionnels paramédicaux afin de promouvoir l'activité physique à vie chez les personnes atteintes de dépression. Ces recommandations consistent notamment à demander la permission de parler d'activité physique avec les personnes concernées; à présenter l'activité physique comme un élément sur lequel elles ont un contrôle afin de se sentir mieux; à préciser qu'intégrer ne serait-ce que quelques minutes supplémentaires d'activité physique hebdomadaire vaut mieux que rien et que des exercices légers sont suffisants pour obtenir des bienfaits sur la santé mentale et enfin à proposer plusieurs choix d'activités et essayer d'accompagner les personnes lors de leurs premières séances.

En outre, cet article souligne l'importance de promouvoir, auprès de cette population, le plaisir que procure l'activité physique, ce qui peut être fait en aidant la personne à augmenter progressivement la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité; en l'encourageant à faire preuve de bienveillance envers elle-même à propos de l'activité physique; en lui suggérant de s'adonner à une activité de plein air, d'écouter de la musique, d'être accompagnée d'un(e) ami(e) ou de faire partie d'un groupe; en utilisant un système d'autosuiivi ou un journal pour renforcer le lien entre activité physique et amélioration de l'humeur. Les praticiens sont encouragés à utiliser ces recommandations fondées sur des données probantes (en particulier l'offre d'un maximum de choix, l'insistance sur le plaisir procuré par l'activité physique et la mise en avant des préférences personnelles) afin d'aider les personnes atteintes de dépression à bouger, à se rétablir et à s'épanouir. Ces recommandations sont également utilisables pour concevoir les futures interventions et pour éclairer les lignes directrices visant à réduire les taux de dépression au Canada.

Points saillants

- Il est prouvé que l'activité physique permet de prévenir et de traiter la dépression.
- Des niveaux d'activité physique même faibles et d'intensité peu élevée sont suffisants pour améliorer l'humeur.
- Les praticiens devraient promouvoir des expériences d'activité physique agréables en aidant les personnes atteintes de dépression à augmenter progressivement leur niveau d'activité physique et en leur suggérant de choisir des activités en fonction de leurs préférences, de pratiquer des activités en plein air, d'intégrer de la musique et d'être accompagnées d'un(e) ami(e) ou de faire partie d'un groupe.
- Il est également recommandé de demander la permission de parler d'activité physique ainsi que de présenter celle-ci comme un moyen de se sentir mieux, de préciser qu'un peu d'activité physique vaut mieux que rien, de proposer divers choix à expérimenter et, si possible, d'accompagner la personne lors de ses premières séances.

Mots clés : *activité physique, dépression, promotion, santé publique, politique*

Introduction

La dépression est le trouble mental le plus répandu de nos jours, affectant environ un Canadien sur quatre à un moment donné de sa vie¹. De fait, la dépression est la

première cause d'invalidité au Canada, représentant 22,5 % des demandes de prestations d'invalidité. L'invalidité représente de 4 à 12 % des coûts salariaux au Canada, ce qui représente une charge financière importante². Si les médicaments

et la psychothérapie sont des traitements efficaces contre la dépression, les médicaments ont des effets secondaires désagréables qui contribuent à une faible observance, et la psychothérapie n'est pas toujours disponible ou abordable pour la plupart des personnes atteintes. De nombreuses données scientifiques confirment

Rattachement des auteurs :

1. Faculté des sciences de la santé, École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
2. Faculté de l'éducation, École de kinésiologie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Michelle Fortier, Université d'Ottawa, 125, University Private, pavillon Montpetit, Ottawa (Ontario) K1N 6N5; courriel : mfortier@uottawa.ca

les effets antidépresseurs de l'activité physique*, notamment de nombreuses méta-analyses⁵⁻⁷. Au Canada, le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) a récemment révisé ses lignes directrices en matière de traitement et recommande désormais l'exercice physique comme intervention de première ligne pour les troubles dépressifs majeurs (TDM) légers à modérés et comme traitement secondaire pour les TDM modérés à graves⁸.

Bien qu'il s'agisse clairement d'un progrès, il n'existe pas à l'heure actuelle de lignes directrices précises à l'intention des praticiens sur la meilleure façon de promouvoir l'activité physique chez les personnes atteintes de dépression. Un examen de la portée a récemment été effectué sur les obstacles et les facteurs favorables liés à l'activité physique chez les adultes atteints de dépression³. Notre article s'appuie sur cet examen et s'inspire de nombreux autres examens, méta-analyses et études de grande qualité. Plus spécifiquement, l'objectif de cet exposé de politique est de formuler des recommandations fondées sur des données probantes à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires comme les médecins, les auxiliaires médicaux et les infirmières, à l'intention des professionnels paramédicaux travaillant dans le domaine des soins de santé primaires ou dans la collectivité comme les kinésiothérapeutes et les psychologues et enfin à l'intention des décideurs afin de les inciter à faire bouger les personnes atteintes de dépression et les encourager à rester actives afin de réduire les symptômes de dépression, de prévenir de futurs épisodes de dépression, d'améliorer leur qualité de vie pendant et après le traitement et de réduire les dépenses en santé. Ces recommandations sont également utilisables pour adapter les futures interventions et éclairer les lignes directrices visant à réduire les taux de dépression au Canada.

Recommandations fondées sur des données probantes visant à promouvoir l'activité physique tout au long de la vie des adultes atteints de dépression

À la lumière des études menées jusqu'à présent, nous proposons les recommandations suivantes afin d'optimiser la

participation soutenue à l'activité physique chez les personnes atteintes de dépression.

1. Demander la permission de parler d'activité physique et présenter celle-ci comme un moyen de se sentir mieux

Glowacki et ses collègues⁹ ont mis au point une boîte à outils pour fournir aux fournisseurs de soins de santé une ressource fondée sur des données probantes à utiliser dans leur pratique pour orienter et faciliter les conversations sur l'exercice physique comme traitement de la dépression. Cette boîte à outils est conçue comme un point de départ pour aider les professionnels de la santé à intégrer les lignes directrices de la CANMAT⁸ dans leur pratique avant d'orienter les patients vers un spécialiste de l'exercice physique. La boîte à outils est disponible en ligne (en anglais seulement) à l'adresse www.exerciseanddepression.ca. Lorsqu'ils abordent le sujet de l'activité physique, les praticiens doivent demander la permission de discuter de cette habitude de vie, car cela crée un climat fertile de changement de comportement et réduit la résistance¹⁰.

De plus, dans toutes les discussions et dans tous les messages, il est important de présenter l'activité physique comme un moyen permettant aux personnes de se sentir mieux. Indiquer qu'il s'agit d'une activité sur laquelle elles ont un contrôle et qu'elles peuvent intégrer dans leur vie afin d'améliorer leur humeur et d'accroître leur bien-être général. En effet, un nombre croissant de travaux de recherche montrent que le fait de parler d'activité physique comme moyen de favoriser la santé physique, de vieillir en bonne santé, de perdre du poids ou de le conserver n'est pas stimulant du point de vue du changement de comportement, comparativement aux bienfaits plus immédiats liés au « bien-être »¹¹. Une étude de portée propose d'utiliser les messages suivants dans les communications verbales et visuelles : « L'activité physique peut apaiser les émotions négatives et amplifier les émotions positives »³. Dans le même ordre d'idées, une autre étude a recommandé d'utiliser cette formule : « L'inactivité peut vous tirer vers le bas, et l'activité physique peut vous hisser vers le haut »¹². Comme les

médecins disposent de peu de temps pour s'occuper de chaque patient, il est recommandé d'orienter ce dernier vers un spécialiste de l'exercice physique (p. ex. un kinésiothérapeute) afin de favoriser un changement de comportement à long terme en matière d'activité physique.

2. Volume : préciser le niveau d'activité physique (fréquence et durée) recommandé

Les personnes atteintes de dépression s'ennuient souvent dans la léthargie et seront probablement découragées à l'idée de devoir intégrer 150 minutes d'activité aérobie modérée à intense par semaine¹³. Les données sur le dosage pour cette population ont montré que, par rapport à ce qui est nécessaire pour obtenir des bienfaits physiologiques, il faut moins d'activité physique hebdomadaire pour améliorer la santé mentale et réduire les symptômes de maladie mentale¹⁴. Par exemple, un examen systématique de 30 études de grande qualité a montré que même de faibles niveaux d'activité physique (p. ex. marcher moins de 150 minutes/semaine) sont efficaces pour prévenir la dépression¹⁵. En ce qui concerne le traitement de la dépression (c'est-à-dire le soulagement des symptômes dépressifs), l'étude de Stanton et Reaburn¹⁶ recommande de pratiquer une activité aérobie supervisée d'intensité légère à modérée de 30 à 40 minutes à la fois, trois à quatre fois par semaine pendant un minimum de neuf semaines. De même, Nyström et ses collaborateurs¹⁷ ont recommandé la pratique d'une activité physique au moins trois fois par semaine, pendant un minimum de 30 minutes à la fois, de préférence sous supervision. Cette étude conclut en indiquant que les futurs travaux de recherche devraient se concentrer sur l'adaptation des recommandations en matière d'activité physique aux préférences personnelles de chacun en ce domaine¹⁷. Diverses stratégies et des outils précis visant à personnaliser l'activité physique et à en améliorer le plaisir sont ainsi proposés dans cet article (voir section 5).

Plus récemment, des études ont montré qu'une faible quantité d'activité physique suffit à prévenir et à traiter la dépression. Par exemple, une étude menée auprès de 33 908 adultes norvégiens sans antécédents

* L'activité physique est définie comme tout mouvement du corps qui augmente la dépense énergétique³. L'exercice est un type d'activité physique planifié, structuré et répétitif visant à maintenir et à améliorer la condition physique⁴. Le sport peut être défini comme un type d'activité physique dans lequel une personne ou une équipe participe à une compétition qui nécessite une bonne condition physique et diverses compétences⁴.

de troubles mentaux a permis de surveiller leur niveau d'activité physique et leurs symptômes de dépression pendant plus de 11 ans, et les résultats ont révélé qu'une seule heure d'activité physique par semaine contribue à protéger contre l'apparition d'une dépression¹⁸. Cela rejoint une étude récente sur la relation entre l'activité physique et le bonheur, qui montre qu'à peine 10 minutes par semaine, ou une journée par semaine avec de l'activité physique, pourraient augmenter le niveau de bonheur¹⁹. Cela concorde avec une méta-analyse antérieure sur les avantages de l'exercice vert (c'est-à-dire l'activité physique pratiquée dans la nature) pour la santé mentale, qui a démontré que les indicateurs de santé mentale que sont l'estime de soi et l'humeur ont affiché le changement le plus important dans les délais les plus courts (soit 5 minutes)²⁰. Par conséquent, les praticiens et les décideurs devraient aborder la question en partant du principe que toute dose d'activité physique est utile et qu'un peu d'activité vaut mieux qu'aucune. Cette approche est également conforme aux études qui montrent que les taux de pratique d'une activité physique sont nettement meilleurs lorsque les doses d'activité physique sont faibles²¹.

3. Type/domaine : encourager l'activité physique pendant les loisirs, le transport actif et l'activité physique domestique

Si les préférences personnelles en matière d'activité physique sont très importantes pour favoriser le plaisir, la motivation intrinsèque et la persévérance²², des études ont montré que, lorsqu'il s'agit de soulager les symptômes de dépression, d'optimiser la santé mentale et de favoriser le bonheur, toutes les activités n'offrent pas toutes les mêmes avantages. Une méta-analyse réalisée par White et ses collaborateurs²³ a révélé que l'activité physique de loisir (APL), comme la danse et la randonnée, et l'activité physique de transport, comme la marche et le vélo pour se rendre au travail, avaient toutes deux une association positive avec la santé mentale. Cela a confirmé les résultats d'études antérieures indiquant que l'APL, même à faible dose, était systématiquement et fortement associée à une probabilité réduite de dépression²⁴. En outre, une étude à grande échelle portant sur plus de 11 000 adultes de 15 pays européens a montré que « beaucoup » d'APL était associé de manière positive au bonheur²⁵. On suppose que l'APL est plus fortement

associée à la santé mentale et aux résultats liés aux maladies mentales parce qu'elle repose sur un choix, qu'elle offre une distraction au stress et qu'elle permet d'améliorer l'estime de soi et l'efficacité personnelle²³. Richards et ses collaborateurs²⁵ ont également constaté une relation positive entre « beaucoup » d'activité physique domestique, comme le jardinage, et le bonheur. Il convient de noter que cette étude a évalué les activités domestiques récréatives par rapport aux travaux ménagers lourds et aux corvées qui ont tendance à avoir une connotation plus négative.

Enfin, un nombre croissant de données probantes indiquent que le yoga est une activité physique favorable au traitement de la dépression, car, outre le mouvement, il nécessite la régulation de la respiration et la pleine conscience²⁶. En ce sens, un examen du rapport entre activité physique et bonheur a révélé que les exercices d'aérobie et les exercices d'étirement et d'équilibre étaient tous deux associés à une augmentation du bonheur¹⁹. Par ailleurs, une autre méta-analyse récente a montré que les exercices de résistance (entraînement musculaire) étaient associés à une atténuation significative des symptômes de dépression²⁷. En résumé, de nombreux types d'activité physique sont bénéfiques pour la prévention et le traitement de la dépression, mais les préférences et les choix personnels sont tout aussi importants.

4. Intensité : insister sur le fait que la modération est l'idéal, mais que les préférences personnelles en matière d'activité physique sont primordiales

L'entraînement par intervalles à haute intensité (HIIT), qui consiste à s'entraîner à haute intensité pendant une courte période de temps, a fait l'objet de nombreux débats. La plupart des physiologistes de l'exercice affirment qu'il s'agit de la solution la plus efficace pour obtenir des résultats physiologiques rapides^{28,29}, tandis que la plupart des psychologues de l'exercice déclarent que cette solution n'est ni réaliste ni durable car elle est assez désagréable^{30,31}. Même au sein d'une population adulte sans maladie, une intervention de 12 mois comportant un programme HIIT non supervisé a entraîné une baisse rapide de la participation régulière tout au long de la période d'étude³². La faible adhésion a été attribuée à un manque de plaisir à participer au

programme³⁰. En effet, Saanijoki et ses collaborateurs³³ ont noté que le programme HIIT provoque des émotions négatives plus importantes pendant et après une séance d'exercice. Les personnes atteintes de dépression font déjà face à des émotions négatives, de sorte que cette forme et intensité d'activité physique peut non seulement ne pas convenir à cette population, mais pourrait même amener certaines personnes à renoncer complètement à l'activité physique. De fait, les obstacles les plus importants rencontrés par les personnes atteintes de dépression lorsqu'elles pratiquent une activité physique sont qu'elles sont « trop fatiguées » ou qu'elles ont « peu d'énergie », ce qui rend le programme HIIT difficile³. Dans le même ordre d'idées, une intervention de six semaines axée sur l'activité physique auprès d'étudiants universitaires canadiens a permis de constater qu'un exercice de haute intensité entraînait une augmentation du stress perçu, tandis qu'un entraînement modéré continu entraînait une diminution des symptômes dépressifs³⁴.

Par ailleurs, un nombre croissant d'ouvrages recommandent de pratiquer une activité physique légère en contexte de santé/maladie mentale. L'activité physique légère a été associée à des niveaux plus élevés d'affect positif que l'activité physique vigoureuse³⁵. Cette constatation concorde avec une méta-analyse antérieure concluant que les améliorations les plus importantes du niveau d'affect positif après l'activité physique ont été observées au niveau le plus faible d'activité physique, et que ce bienfait était le double de celui de l'activité physique modérément vigoureuse³⁶. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le yoga est un exemple d'activité physique légère ayant permis de réduire significativement les symptômes de dépression^{37,38}. En outre, une méta-analyse a révélé que l'amélioration de l'estime de soi découlant de l'exercice vert diminuait avec l'intensité croissante de l'activité²⁰. Une autre étude a établi qu'une activité physique d'un niveau moins intense contribuait davantage au bien-être des personnes que des niveaux plus intenses³⁹. Enfin, une étude transversale récente menée auprès d'adultes en bonne santé a révélé qu'une activité physique d'intensité légère était liée positivement au bien-être psychologique et négativement aux scores de dépression⁴⁰.

Alors que les formes légères d'activité physique, comme la marche⁴¹, semblent prometteuses, certaines études ont démontré le contraire : des intensités modérées à vigoureuses ont une plus grande influence sur l'atténuation des symptômes de la dépression^{42,43}. Par exemple, un essai contrôlé à répartition aléatoire réalisé par Hughes et ses collaborateurs⁴³ a montré que les symptômes dépressifs étaient réduits plus rapidement chez les personnes pratiquant une activité physique vigoureuse que chez celles pratiquant une activité physique légère tout au long d'une intervention de 12 semaines. Cependant, au moment du suivi, les sujets des deux groupes ont montré une diminution des symptômes de dépression et les différences entre les groupes n'étaient pas significatives. Allant dans le même sens que cette constatation, d'autres études ont conclu que toute activité physique, quelle qu'en soit l'intensité, est bénéfique pour la santé mentale^{15,18,25,44}. L'examen systématique de Mammen et Faulkner a également établi que toute intensité d'activité physique diminuait le risque de dépression¹⁵. Un autre examen a ensuite montré que l'influence de l'intensité de l'activité physique sur le bonheur était minime²⁵. De même, un essai contrôlé à répartition aléatoire mené auprès d'adultes atteints de dépression légère à modérée a révélé que les activités physiques légères (p. ex. le yoga) et d'intensité modérée et vigoureuse (p. ex. l'entraînement aérobique) étaient toutes efficaces pour réduire les symptômes de la dépression⁴⁴. Enfin, une étude longitudinale menée sur 10 ans auprès d'une cohorte initialement en bonne santé a révélé qu'une APL régulière, quelle que soit son intensité, protégeait contre une éventuelle dépression¹⁸. Ensemble, ces données indiquent que l'intensité de l'activité physique n'est pas particulièrement importante lorsqu'il s'agit de santé mentale et de maladie mentale.

5. Promouvoir des expériences positives et agréables

Le plaisir de l'activité physique semble être le point essentiel. Alors que l'activité physique et le plaisir ne vont généralement pas de pair dans l'esprit de la plupart des gens, le plaisir se révèle un important facteur de motivation fondé sur des données probantes en ce qui concerne la participation à une activité physique à

long terme^{22,45}. De plus, le plaisir de l'activité physique s'est révélé augmenter la motivation autodéterminée à l'égard de l'activité physique, ce qui est lié à des résultats positifs en matière de santé mentale, notamment une réduction des symptômes dépressifs⁴⁶.

Ce facteur est particulièrement important pour les personnes atteintes de dépression, qui ont tendance à manquer de motivation et éprouvent généralement moins de plaisir dans la vie quotidienne. Il est donc essentiel d'améliorer le plaisir de l'activité physique pour que ces personnes puissent profiter de ses bienfaits sur leur santé mentale⁴⁷. Voici quelques recommandations scientifiquement fondées visant à améliorer le plaisir de l'activité physique, qui peuvent s'appliquer à la population générale comme aux personnes atteintes de dépression.

a. Essayer la stratégie des « 10 minutes » et encourager une progression lente

Une stratégie qui fonctionne souvent chez les personnes inactives, à la fois pour associer l'activité physique à des sentiments positifs et pour faciliter la gestion du temps, est la technique des 10 minutes⁴⁸. Le praticien demande à la personne si elle peut trouver 10 minutes la semaine suivante pour faire une promenade à l'extérieur. La personne répond presque toujours par l'affirmative. Ensuite, le praticien précise qu'elle doit sortir pour une promenade de 10 minutes et que, si elle se sent aussi bien (ou mieux) qu'au moment de son départ, elle peut choisir de continuer. Sinon, elle met fin à sa séance d'activité physique. Cela permet généralement d'associer la marche/le mouvement à des émotions et à des expériences positives, ce qui est très important pour favoriser le plaisir de l'activité physique. À partir de là, la personne doit être encouragée à augmenter lentement la fréquence et la durée de la marche, afin de réduire au minimum la gêne et d'assurer des expériences agréables. Le fait de fixer des objectifs modestes et progressifs contribue également à renforcer l'autoefficacité, qui est un déterminant clé du changement de comportement en matière d'activité physique au sein de la population générale⁴⁹ et s'est révélée être à la fois un facteur entravant et un facteur facilitant l'activité physique chez les personnes atteintes de dépression³.

b. Aider la personne à choisir d'autres options d'activités physiques agréables

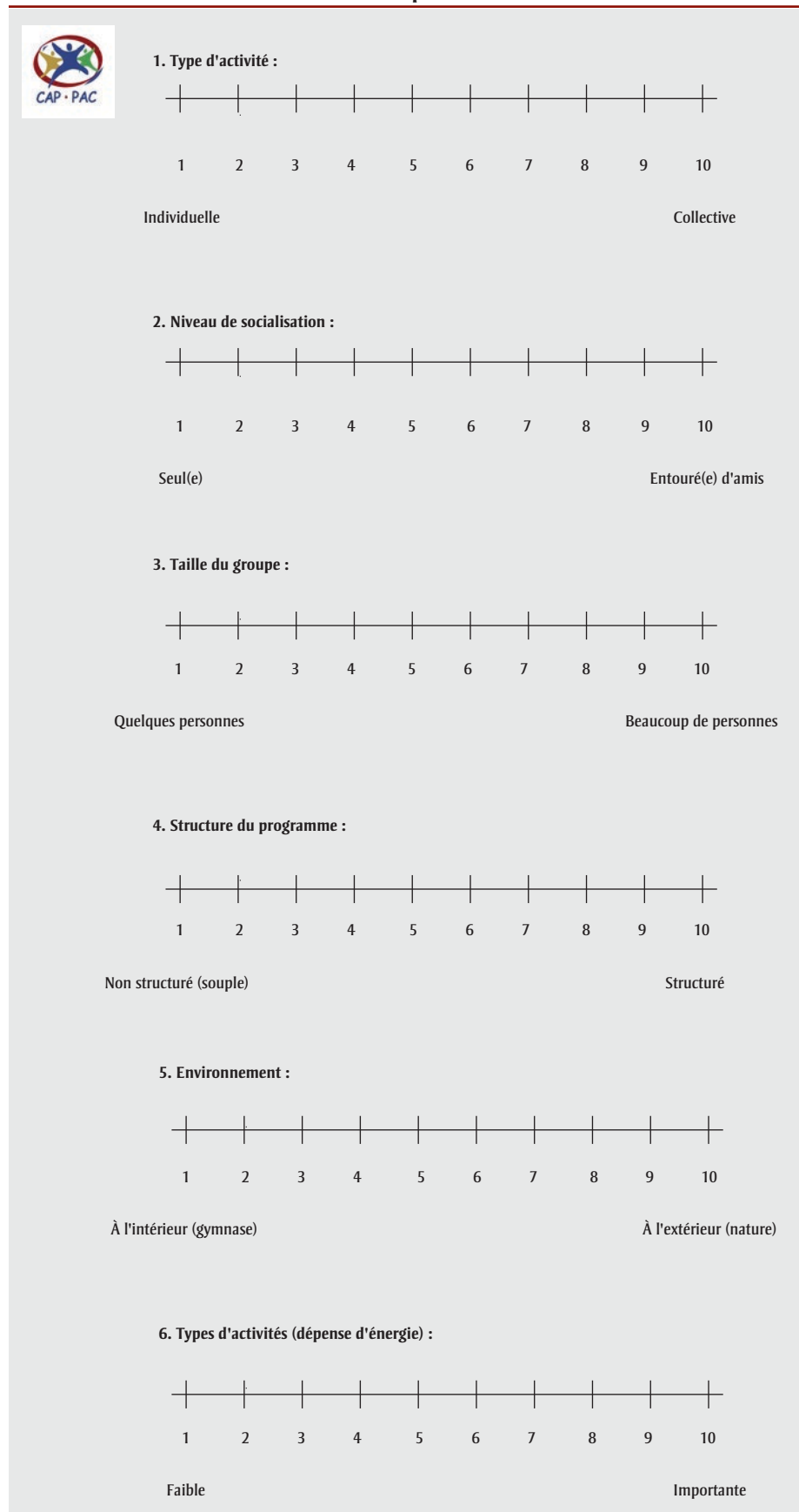
Dans ce cas de figure, le praticien dispose de plusieurs façons de procéder. Il peut demander à la personne quelles sont les activités qu'elle trouve les plus agréables parmi celles qui se révèlent les plus efficaces pour atténuer les symptômes de dépression (p. ex. marcher ou faire du vélo pour se rendre au travail, jardiner, faire du yoga; voir section 2). Il peut également demander à la personne quelles sont ses préférences en matière d'activité physique (p. ex. en plein air ou à l'intérieur, en compétition ou en coopération, en groupe ou individuellement, avec beaucoup ou peu de dépense d'énergie). Cela peut se réaliser à l'aide d'échelles de préférence (figure 1)[†]. Une autre méthode consiste à lui montrer une liste d'activités physiques et à lui demander s'il y en a qu'elle a déjà essayées et appréciées et qu'elle pourrait vouloir réessayer, ou s'il y a de nouvelles activités qu'elle pourrait trouver agréables. La figure 2 présente un exemple de liste, élaborée par une équipe multidisciplinaire pour l'essai Physical Activity Counselling (PAC). Une fois que la personne a sélectionné quelques activités, il reste au praticien à lui suggérer d'en choisir une ou deux, celles qui lui conviennent le mieux et qu'elle est disposée à pratiquer à long terme, puis l'encourager à essayer chacune d'entre elles. Certains praticiens (p. ex. les kinésithérapeutes) pourraient même aider la personne en faisant l'activité choisie avec elle pour les premières fois ou en lui proposant de la mettre en contact avec quelqu'un dans un centre ou un club de remise en forme. En effet, les activités en centre comme celles proposées dans les YMCA sont une excellente option, sachant que la supervision fait partie des recommandations dans des études récentes sur ce sujet^{16,17}.

c. Encourager la personne à faire preuve de bienveillance envers elle-même

Une fois que les activités ont été choisies et essayées plusieurs fois, il est nécessaire de rappeler à la personne d'être douce et compatissante envers elle-même pour assurer le maintien de l'activité. Vouloir en faire trop entraîne souvent une diminution du plaisir et parfois des blessures et des abandons⁵⁰. Non seulement il est important que la personne choisisse le type, la fréquence et la durée de l'activité pour optimiser sa motivation intrinsèque, mais elle doit également choisir elle-même

[†] Les échelles de préférence ont été élaborées par une équipe multidisciplinaire dans le cadre de l'essai Physical Activity Counselling (PAC) de 2004-2006.

FIGURE 1
Échelles de préférence



Suite à la page suivante

son intensité afin de susciter des émotions et des expériences positives. On a récemment montré que les taux de participation à l'activité physique chez les personnes atteintes de dépression pouvaient être améliorés en tenant compte des préférences des participants en matière d'entraînement physique⁵¹.

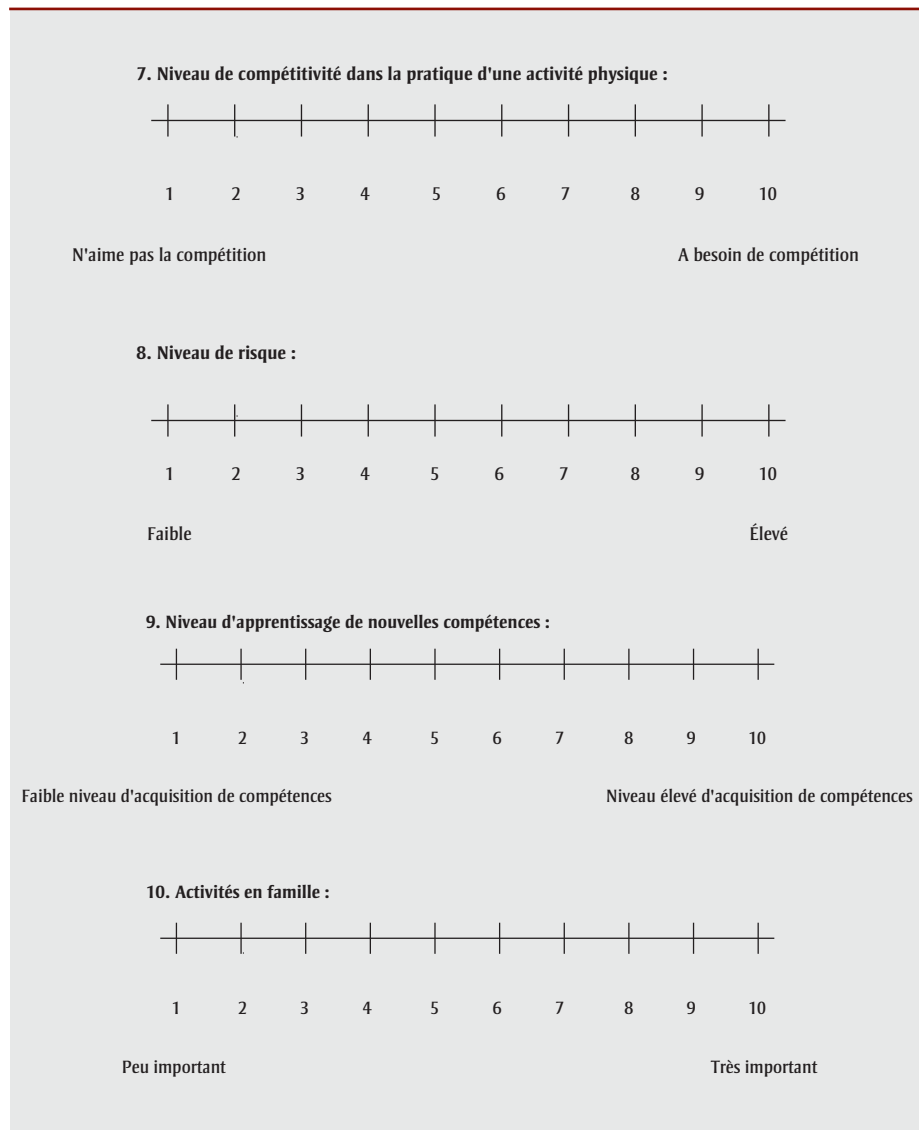
Un kinésologue ou un autre praticien peut aider la personne à distinguer les différentes intensités d'activité physique et à passer avec plaisir de l'une à l'autre. Une attitude de bienveillance envers soi-même à l'égard de l'activité physique est essentielle pour tous, mais particulièrement pour les personnes atteintes de dépression, si celles-ci veulent surmonter les revers et maintenir leur programme d'activité physique⁵². Là encore, le praticien peut apporter sa contribution en transformant les revers en « essais », en normalisant les difficultés liées à l'activité physique et en aidant la personne à se parler gentiment lorsqu'elle rencontre des obstacles⁵³.

Si les étapes a à c ne permettent pas à la personne de vivre des expériences positives en matière d'activité physique ou de pratiquer une activité physique régulière, les étapes d à g proposées ci-dessous peuvent améliorer le plaisir et la poursuite à long terme d'une activité physique.

d. Promouvoir le plein air et les environnements esthétiquement attrayants

Si les préférences personnelles en matière d'activité physique sont très importantes, il est de plus en plus évident que les activités de plein air sont particulièrement agréables, réparatrices et thérapeutiques⁵⁴⁻⁵⁶. Une méta-analyse sur les bienfaits pour la santé mentale des exercices « verts » a montré un effet modéré sur l'estime de soi et un effet important sur l'humeur, tous deux plus importants que les effets des exercices « non verts »²⁰. Le fait de sortir combine les bienfaits de la nature et de l'activité physique, ce qui se révèle très efficace chez les personnes atteintes de dépression comme chez les autres⁵⁷⁻⁵⁹. On a assisté à l'émergence de ces types d'activité il y a quelques années et différents termes ont été utilisés pour les désigner (p. ex. « promenades nature », « bains de forêt », « Mood Walk » [promenade d'humeur]). Enfin, si tous les environnements verts améliorent l'estime de soi et l'humeur, la présence d'eau semble apporter des améliorations encore plus importantes²⁰.

FIGURE 1 (suite)
Échelles de préférence



Source : Essai Physical Activity Counselling (PAC) de 2004-2006.

e. Proposer à la personne d'écouter une musique énergisante ou apaisante tout en bougeant

La musique a un effet thérapeutique et est souvent utilisée dans le traitement des problèmes de santé mentale⁶⁰⁻⁶². En outre, de plus en plus d'ouvrages préconisent l'utilisation de la musique comme source de motivation pendant l'activité physique^{63,64}. Des études montrent que les personnes qui écoutent de la musique tout en pratiquant une activité physique sont plus susceptibles d'essayer une activité physique à long terme et de la maintenir^{65,66}. Dans une étude récente menée auprès d'étudiants universitaires sans maladie, le plaisir de l'exercice était significativement plus élevé chez les sujets ayant participé à 20 minutes de marche

à rythme modéré avec un lecteur de musique personnel que chez ceux qui n'en avaient pas⁶⁷. Dans un autre échantillon d'étudiants universitaires, Chizewski a constaté que la musique choisie par l'intéressé était celle qui améliorait le plus le plaisir et la durée de l'exercice, par rapport à la musique classique proposée dans l'étude ou à l'absence de musique⁶⁸. Le praticien devrait donc proposer à la personne de créer une liste de ses chansons ou morceaux préférés à écouter pendant qu'elle fait de l'exercice physique. En fonction des symptômes présents cette journée-là, la personne peut alors choisir une musique énergisante avant et pendant sa séance d'activité physique ou une musique apaisante si elle manifeste des symptômes d'anxiété.

f. Encourager la personne à pratiquer une activité physique avec un(e) ami(e) ou en groupe

L'un des effets les plus courants de la dépression est l'isolement social⁶⁹, qui aggrave la maladie. Par conséquent, toute activité physique nécessitant des contacts sociaux est susceptible de se révéler positive et motivante pour une personne atteinte de dépression. En fait, le plus souvent, les bienfaits de l'activité physique sur la prévention de la dépression sont attribués aux effets physiques et sociaux¹⁸. Établir des relations interpersonnelles tout en étant physiquement actif avec les autres peut satisfaire le besoin de vivre un sentiment d'appartenance (c'est-à-dire de relations), qui à son tour a une influence positive sur la santé mentale⁷⁰. Dans le même ordre d'idées, une étude récente a montré que les effets de l'activité physique sur le bonheur étaient influencés en partie par une amélioration de la santé et du fonctionnement social¹⁹.

Des cours comme le CrossFit sont attirants en raison de l'atmosphère sociale ou collective qui y règne. Toutefois, en raison de la forte intensité de ce type d'entraînement et parce que ce cadre attire généralement des groupes plus sportifs, ce n'est peut-être pas la meilleure option pour les personnes atteintes de dépression. En effet, cette population pourrait se sentir intimidée dans ce type d'environnement, ce qui pourrait conduire à une expérience désagréable. Parmi les meilleures options figurent la pratique de la raquette avec un ami, un cours de danse avec un partenaire ou un cours de tai-chi pour se faire de nouveaux amis. Bien entendu, une personne peut s'entraîner dans le style du CrossFit ou pratiquer une autre activité plus intense comme le spinning, si c'est ce qui l'intéresse, car cela combine l'activité aérobique, la musique et une atmosphère de groupe.

Les sports d'équipe sont également à envisager. Un nombre croissant d'études montrent que la participation à des sports d'équipe pendant le secondaire permet de se protéger contre les symptômes de dépression au début de l'âge adulte⁷¹, et une étude récente menée auprès de jeunes adultes a révélé que les groupes informels d'activité physique et les sports d'équipe étaient associés de manière positive à la santé mentale et inversement liés aux symptômes de dépression⁷². Des activités physiques agréables favorisant des interactions sociales positives sont susceptibles

FIGURE 2
Liste des activités physiques



| Déjà pratiquée | Pratiquée au cours de la dernière année | Intéressé(e) à pratiquer | | Déjà pratiquée | Pratiquée au cours de la dernière année | Intéressé(e) à pratiquer | |
|--------------------------|---|--------------------------|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exercices aérobiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Natation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aquaforme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patin à roues alignées |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arts martiaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patin à glace |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aviron | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pilates |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Badminton | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Planche à voile |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ballon-balai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quilles |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Baseball | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Racquetball |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Basketball | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Randonnée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Canoë | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raquette |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Curling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ringuette |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Danse classique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ski (alpin) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Danse sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ski (de fond) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Équitation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soccer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escalade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spinning |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escalier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Squash |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escrime | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tai chi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Football | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tennis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tennis de table |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handball | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Travaux ménagers |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hockey-balle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vélo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hockey sur glace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Volleyball |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jardinage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Water polo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Course à pied | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yoga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kayak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Musculation | | | | |

Source : Essai Physical Activity Counselling (PAC) de 2004-2006.

de constituer la meilleure option pour atténuer les symptômes de dépression, améliorer la santé mentale et favoriser la pratique à long terme.

g. Encourager la personne à faire le suivi de son activité physique et de son humeur

L'autosuiivi est une technique d'auto-régulation par laquelle la personne tient un registre de son niveau d'activité physique, et cette technique a été corrélée à un changement de comportement réussi en matière d'activité physique⁷³⁻⁷⁵. Encourager la personne dépressive à faire le suivi de son activité physique (p. ex. en comptabilisant le nombre de pas, de minutes) favorise l'autoefficacité et la responsabilisation⁷⁶. L'autosuiivi permet également à la personne de mesurer l'écart entre son comportement (p. ex. marcher une fois par semaine) et l'objectif qu'elle s'est fixé (p. ex. marcher trois fois par semaine). Il est également recommandé d'encourager la personne à évaluer son humeur à l'aide d'une échelle avant et après son activité physique, ou à tenir un journal sur ses émotions après l'activité physique, car cela formalise le lien entre activité physique et sentiments positifs et permet de conserver sa motivation et sa pratique de l'activité physique¹².

Conclusion

Grâce à des données internationales solides sur le rôle de l'activité physique dans la prévention et le traitement de la dépression^{6,16,17}, l'exercice physique est désormais recommandé comme traitement de première ligne supplémentaire de la dépression au Canada⁸. Cependant, on ne sait pas encore très bien comment promouvoir au mieux l'adoption et le maintien d'une activité physique chez les personnes atteintes de dépression. Si certaines recommandations ont déjà été formulées en Australie¹⁶ et en Europe¹⁷, ces lignes directrices ne sont pas adaptées au contexte canadien et d'autres travaux de recherche ont montré l'importance de promouvoir une activité physique agréable et adaptée aux préférences de la personne. En outre, si les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures, qui recommandent un certain nombre d'heures par jour consacrées à l'activité physique, au sommeil et au comportement sédentaire, sont utiles, elles ne précisent pas aux fournisseurs de soins comment amener leurs patients ou clients à ces niveaux. C'est dans ce contexte que notre article a été consacré à la formulation de

recommandations fondées sur des données probantes, à l'intention des décideurs et des praticiens canadiens, afin d'aider les adultes atteints de dépression à être actifs tout au long de leur vie.

Les recommandations sont les suivantes : demander la permission de parler d'activité physique; présenter l'activité physique comme un élément sur lequel la personne a le contrôle afin d'améliorer son humeur; préciser qu'« un peu d'activité physique vaut mieux que rien et qu'il suffit de faire son possible »; proposer des choix d'activités à essayer et accompagner la personne lors de ses premières séances. En outre, notre article souligne l'importance du plaisir lors de l'activité physique, et ce, pour chacun, mais surtout pour les adultes atteints de dépression.

Bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour déterminer quels facteurs augmentent le plaisir de l'activité physique dans différents sous-groupes de population (comme le fait d'être âgé de moins ou de plus de 65 ans ou la présence de comorbidités), les recommandations visant à promouvoir le plaisir consistent notamment à aider les personnes atteintes de dépression à augmenter lentement la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité; à les encourager à faire preuve de bienveillance envers elles-mêmes en ce qui concerne l'activité physique; à leur proposer de faire des activités en plein air, d'intégrer de la musique ou de participer avec un ami ou un groupe pour rendre l'expérience plus positive et enfin à leur conseiller de pratiquer l'autosuiivi ou de tenir un journal afin de renforcer le lien entre activité physique et amélioration de l'humeur. Les décideurs et les praticiens sont invités à utiliser ces recommandations scientifiquement fondées, en particulier en offrant un maximum de choix, en insistant sur le plaisir de l'activité physique et en mettant l'accent sur les préférences personnelles en matière de fréquence, d'intensité, de type et de durée des activités afin d'aider les personnes atteintes de dépression à bouger, à se rétablir et à s'épanouir.

Conflit d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

MF a conçu l'idée de l'exposé de politique et a préparé l'ébauche du manuscrit. Tous

les auteurs ont apporté des modifications à l'ébauche et ont approuvé la soumission du manuscrit final. Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Ministère de la Santé de l'Ontario. La santé mentale : la dépression [Internet]. Toronto (Ontario) : Gouvernement de l'Ontario; 2015 [consultation en juin 2019]. En ligne à : <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/mental/depression.aspx>
2. Conseil de gestion du Régime d'assurance invalidité. Rapport annuel 2009 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Conseil national mixte; 2009. En ligne à : <https://www.njc-cnm.gc.ca/a572/2009%20Disability%20Insurance%20Annual%20Report-F.pdf>
3. Glowacki K, Duncan MJ, Gainforth H, Faulkner G. Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: a scoping review. *Ment Health Phys Act.* 2017;13:108-119.
4. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2): 126-131.
5. Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev.* 2015;9(3): 366-378.
6. Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res.* 2016;77:42-51.
7. Wegner M, Helmich I, Machado S, Nardi AE, Arias-Carrion O, Budde H. Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2014;13(6):1002-1014.

8. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(9):576-587.
9. Glowacki K, Arbour-Nicitopoulos K, Burrows M, et al. It's more than just a referral: development of an evidence-informed exercise and depression toolkit. *Ment Health Phys Act [Internet]*. 2019;17:100297. doi:10.1016/j.mhpa.2019.100297.
10. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3e éd. New York (NY): Guilford Press; 2012. 482 p.
11. Segar ML, Eccles JS, Richardson CR. Rebranding exercise: closing the gap between values and behavior. *Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]*. 2011; 8(1):94. doi: 10.1186/1479-5868-8-94.
12. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, et al. A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the Treating Depression With Physical Activity (TREAD) trial. *Health Technol Assess [Internet]*. 2012;16(10). doi : 10.3310/hta16100.
13. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. *Activité physique des adultes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009. Rapports sur la santé*. 2011;22(1):7-14.
14. Mayo Clinic. Depression and anxiety: exercise eases symptoms [Internet]; Rochester (MN): Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2017 [consultation en août 2019]. En ligne à : <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/depression-and-exercise/art-20046495>
15. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*. 2013; 45(5):649-657.
16. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. *J Sci Med Sport*. 2014;17(2):177-182.
17. Nyström MB, Neely G, Hassmén P, Carlbring P. Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. *Cogn Behav Ther*. 2015;44(4):341-352.
18. Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, Wessely S, Mykletun A, Hotopf M. Exercise and the prevention of depression: results of the HUNT cohort study. *Am J Psychiatry*. 2018; 175(1):28-36.
19. Zhang Z, Chen W. A systematic review of the relationship between physical activity and happiness. *J Happiness Stud*. 2019;20(4):1305-1322.
20. Barton J, Pretty J. What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environ Sci Technol*. 2010;44(10):3947-3955.
21. Trivedi MH, Greer TL, Church TS, et al. Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(5):677-684.
22. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]*. 2012; 9(1):78. doi: 10.1186/1479-5868-9-78.
23. White RL, Babic MJ, Parker PD, Lubans DR, Astell-Burt T, Lonsdale C. Domain-specific physical activity and mental health: a meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2017;52(5):653-666.
24. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Prev Med*. 2008;46(5):397-411.
25. Richards J, Jiang X, Kelly P, Chau J, Bauman A, Ding D. Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health [Internet]*. 2015 [consultation en mai 2019];15(1):53. doi: 10.1186/s12889-015-1391-4.
26. Govindaraj R, Varambally S, Sharma M, Gangadhar BN. Designing and validation of a yoga-based intervention for schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(3):323-326.
27. Gordon BR, McDowell CP, Hallgren M, Meyer JD, Lyons M, Herring MP. Association of efficacy of resistance exercise training with depressive symptoms: meta-analysis and meta-regression analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(6):566-576.
28. Gillen JB, Gibala MJ. Is high-intensity interval training a time-efficient exercise strategy to improve health and fitness? *Appl Physiol Nutr Metab*. 2014;39(3):409-412.
29. Maillard F, Pereira B, Boisseau N. Effect of high-intensity interval training on total, abdominal and visceral fat mass: a meta-analysis. *Sports Med*. 2018;48(2):269-288.
30. Decker ES, Ekkekakis P. More efficient, perhaps, but at what price? Pleasure and enjoyment responses to high-intensity interval exercise in low-active women with obesity. *Psychol Sport Exerc*. 2017;28:1-10.
31. Fortier M, Guérin E, Segar ML. Words matter: reframing exercise is medicine for the general population to optimize motivation and create sustainable behaviour change. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016;41(11): 1212-1215.
32. Roy M, Williams SM, Brown RC, et al. High-intensity interval training in the real world: outcomes from a 12-month intervention in overweight adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2018; 50(9):1818-1826.
33. Saanijoki T, Nummenmaa L, Eskelinen JJ, et al. Affective responses to repeated sessions of high-intensity interval training. *Med Sci Sports Exerc*. 2015;47(12):2604-2611.
34. Paolucci EM, Loukov D, Bowdish DM, Heisz JJ. Exercise reduces depression and inflammation but intensity matters. *Biol Psychol*. 2018;133:79-84.
35. Ekkekakis P, Parfitt G, Petruzzello SJ. The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities. *Sports Med*. 2011;41(8): 641-671.

36. Reed J, Ones DS. The effect of acute aerobic exercise on positive affect: a meta-analysis. *Psychol Sport Exerc.* 2006;7(5):477-514.
37. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2013;30(11):1068-1083.
38. Streeter CC, Gerbarg PL, Whitfield TH, et al. Treatment of major depressive disorder with Iyengar yoga and coherent breathing: a randomized controlled dosing study. *J Altern Complement Med.* 2017;23(3):201-207.
39. Downward P, Dawson P. Is it pleasure or health from leisure that we benefit from most? An analysis of well-being alternatives and implications for policy. *Soc Indic Res.* 2015;126(1):443-465.
40. Panza GA, Taylor BA, Thompson PD, White CM, Pescatello L. Physical activity intensity and subjective well-being in healthy adults. *J Health Psychol.* 2019;24(9):1257-1267.
41. Robertson R, Robertson A, Jepson R, Maxwell M. Walking for depression or depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Ment Health Phys Act.* 2012;5:66-75.
42. Bustamante EE, Wilbur J, Marquez DX, Fogg L, Staffileno BA, Manning A. Physical activity characteristics and depressive symptoms in older Latino adults. *Ment Health Phys Act.* 2013;6(2):69-77.
43. Hughes CW, Barnes S, Barnes C, DeFina LF, Nakonezny P, Emslie GJ. Depressed Adolescents Treated with Exercise (DATE): a pilot randomized controlled trial to test feasibility and establish preliminary effect sizes. *Ment Health Phys Act.* 2013;6(2):119. doi: 10.1016/j.mhpa.2013.06.006.
44. Helgadóttir B, Hallgren M, Ekblom Ö, Forsell Y. Training fast or slow? Exercise for depression: a randomized controlled trial. *Prev Med.* 2016; 91:123-131.
45. Lewis BA, Williams DM, Frayeh A, Marcus BH. Self-efficacy versus perceived enjoyment as predictors of physical activity behaviour. *Psychol Health.* 2016;31(4): 456-469.
46. Ng JY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, et al. Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspect Psychol Sci.* 2012;7(4):325-340.
47. Pickett K, Kendrick T, Yardley L. "A forward movement into life": a qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Ment Health Phys Act.* 2017; 12:100-109.
48. Down, Russ. (Physical Activity Counselling Trial consultant and trainer). Conversations avec : Michelle Fortier (École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.). 2004-2006.
49. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet.* 2012;380(9838): 258-271.
50. Sirois FM, Kitner R, Hirsch JK. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychol.* 2015;34(6):661-669.
51. Hallgren M, Stubbs B, Vancampfort D, Lundin A, Jääkallio P, Forsell A. Treatment guidelines for depression: greater emphasis on physical activity is needed. *Eur Psychiatry.* 2017;40: 1-3.
52. Semenchuk BN, Strachan SM, Fortier M. Self-compassion and the self-regulation of exercise: reactions to recalled exercise setbacks. *J Sport Exerc Psychol.* 2018;40(1):31-39.
53. Mosewich AD, Kowalski KC, Sabiston CM, Sedgwick WA, Tracy JL. Self-compassion: a potential resource for young women athletes. *J Sport Exerc Psychol.* 2011;33(1):103-123.
54. Korpela KM, Stengård E, Jussila P. Nature walks as a part of therapeutic intervention for depression. *Ecopsychology.* 2016;8(1):8-15.
55. Mackay GJ, Neill JT. The effect of "green exercise" on state anxiety and the role of exercise duration, intensity, and greenness: a quasi-experimental study. *Psychol Sport Exerc.* 2010;11(3):238-245.
56. Sahlin E, Ahlborg G Jr, Tenenbaum A, Grahn P. Using nature-based rehabilitation to restart a stalled process of rehabilitation in individuals with stress-related mental illness. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(2):1928-51. Erratum in: *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(6):6946.
57. Berman MG, Jonides J, Kaplan S. The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychol Science.* 2008;19(12): 1207-1212.
58. Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clin Prac Epidemiol Ment Health [Internet].* 2006;2:15. doi:10.1186/1745-0179-2-15.
59. Roe J, Aspinall P. The restorative benefits of walking in urban and rural settings in adults with good and poor mental health. *Health Place.* 2011; 17(1):103-113.
60. Pavlov A, Kameg K, Cline TW, Chiapetta L, Stark S, Mitchell AM. Music therapy as a nonpharmacological intervention for anxiety in patients with a thought disorder. *Issues Ment Health Nurs.* 2017;38(3):285-288.
61. Volpe U, Gianoglio C, Autiero L, et al. Acute effects of music therapy in subjects with psychosis during inpatient treatment. *Psychiatry.* 2018;81(3):218-227.
62. Zhao K, Bai ZG, Bo A, Chi I. A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(11):1188-1198.
63. Karageorghis CI, Terry PC, Lane AM, Bishop DT, Priest DL. The BASES Expert Statement on use of music in exercise. *J Sports Sci.* 2012;30(9): 953-956.
64. Stork MJ, Kwan MY, Gibala MJ, Martin Ginis KA. Music enhances performance and perceived enjoyment of sprint interval exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 2015;47(5):1052-1060.
65. Annesi JJ. Effects of music, television, and a combination entertainment system on distraction, exercise adherence, and physical output in adults. *Can J Behav Sci.* 2001;33(3): 193-202.

66. Clark IN, Baker FA, Taylor NF. The modulating effects of music listening on health-related exercise and physical activity in adults: a systematic review and narrative synthesis. *Nord J Music Ther.* 2016;25(1):76-104.
67. Campbell CR, White KR. Working it out: examining the psychological effects of music on moderate-intensity exercise. *Psi Chi J Psychol Res.* 2015;20(2)73-79.
68. Chizewski A. Effects of self-selected music on exercise enjoyment, duration, and intensity [doctoral dissertation]: [Urbana-Champaign]: Université de l'Illinois; 2016. 46 p. En ligne à : <https://www.ideals.illinois.edu/handle/2142/92672>
69. Matthews T, Danese A, Wertz J, et al. Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(3): 339-48.
70. Eime RM, Young JA, Harvey JT, et al. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:98. doi: 10.1186/1479-5868-10-98.
71. Sabiston CM, Jewett R, Ashdown-Franks G, et al. Number of years of team and individual sport participation during adolescence and depressive symptoms in early adulthood. *J Sport Exerc Psychol.* 2016;38(1): 105-10.
72. Doré I, O'Loughlin JL, Schnitzer ME, Datta GD, Fournier L. The longitudinal association between the context of physical activity and mental health in early adulthood. *Ment Health Phys Act.* 2018;14:121-30.
73. Greaves CJ, Sheppard KE, Abraham C, et al. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health [Internet].* 2011 [consultation en juillet 2019];11: 119. doi: 10.1186/1471-2458-11-119.
74. Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med.* 2013;46(1): 81-95.
75. Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults: systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act [Internet].* 2017;14(1):42. doi: 10.1186/s12966-017-0494-y.
76. Olander EK, Fletcher H, Williams S, Lou A, Turner A, French DP. What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act [Internet].* 2013;10:29.

Recherche quantitative originale

Renforcer la surveillance des produits de consommation au Canada : l'exemple du vapotage

Minh T. Do, Ph. D (1,2,3); Steven R. McFaull, M. Sc. (4); Lauren Guttman, M. Sc. (1); Lina Ghandour, M. Sc. (1); James Hardy, B. Sc. (1)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'objectif général de cette étude était de montrer comment utiliser les renseignements recueillis dans le cadre du Programme de la sécurité des produits de consommation (le Programme) pour identifier certains dangers émergents. Plus spécifiquement, il s'agissait de caractériser et de quantifier les tendances en matière de vapotage en utilisant les rapports d'incident reçus au cours des cinq dernières années dans le cadre du Programme.

Méthodologie. Les données recueillies dans le cadre du Programme ont été extraites pour la période du 1^{er} janvier 2015 au 30 septembre 2019. Nous avons synthétisé les données sous forme de statistiques descriptives et nous avons quantifié les tendances en utilisant la variation annuelle en pourcentage. Dans le but d'établir des comparaisons reposant sur les caractéristiques des rapports d'incident lié au vapotage, nous avons utilisé les rapports proportionnels de blessures (RPB) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants, ce qui permet de comparer les blessures liées au vapotage à l'ensemble des blessures signalées dans le cadre du Programme.

Résultats. Au total, 71 rapports d'incident lié au vapotage ont été reçus dans le cadre du Programme entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 septembre 2019. Au cours de cette période, la hausse de la variation annuelle en pourcentage quant au nombre de rapports d'incident reçus s'est établi à environ 73 % annuellement ($p < 0,05$). Parmi les blessures signalées, 41 % étaient des brûlures. Le nombre de rapports d'incident touchant les hommes (RPB = 1,89; IC à 95 % : 1,51 à 2,36) et les 15 à 19 ans (RPB = 11,53; IC à 95 % : 4,95 à 26,8) en lien avec le vapotage était, en proportion, supérieur à celui de l'ensemble des autres signalements dans le cadre du Programme.

Conclusion. Bien que le nombre de rapports d'incident lié aux produits de vapotage soit faible, les résultats de notre analyse laisse penser que ces incidents sont davantage susceptibles de survenir au sein de certains groupes, en particulier chez les hommes et chez les jeunes.

Mots-clés : *vapotage, consommateur, cigarettes électroniques, blessure*

Introduction

La surveillance des incidents liés aux produits de consommation joue un rôle déterminant dans l'identification des risques pour la santé et l'orientation des interventions visant à gérer et atténuer ces

risques. Plus spécifiquement, les renseignements obtenus grâce à la surveillance systématique et continue des produits de consommation permettent de documenter l'évaluation des risques, la gestion des risques, la conformité, l'application de la loi et diverses autres activités nationales et

internationales, ce qui contribue à protéger la santé et la sécurité des Canadiens. À l'appui de la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*¹ (LCSPC; la Loi), le Programme de la sécurité des produits de consommation (PSPC; le Programme) de Santé Canada recueille des renseignements sur les incidents liés à la sécurité au moyen de son portail de déclaration en ligne, et ce, pour un large éventail de produits de consommation, dont les produits de vapotage². On entend par produit de consommation les appareils, les articles ménagers, les produits pour enfants, les produits électroniques,

Points saillants

- La majorité des personnes ayant précisé leur genre étaient de sexe masculin.
- Le nombre (et la proportion pour 100 000 rapports reçus) de rapports d'incident en lien avec les produits de vapotage a augmenté significativement entre 2015 et 2019.
- Parmi les personnes ayant précisé leur âge, les adolescents (15 à 19 ans) étaient significativement plus susceptibles de signaler un incident.
- Par rapport à la moyenne de l'ensemble des rapports d'incident reçus dans le cadre du Programme liés à des produits de consommation, en proportion, ceux ayant porté sur le vapotage ont donné lieu à un plus grand nombre de consultations en service d'urgence.

Rattachement des auteurs :

1. Direction de la sécurité des produits de consommation et des produits dangereux, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. Faculté des sciences de la santé publique, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada
4. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : James Hardy, Direction de la sécurité des produits de consommation et des produits dangereux, Santé Canada, 269, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; courriel : james.hardy@canada.ca

les produits d'hygiène (excluant les produits régis par la *Loi sur les aliments et les drogues* en tant que cosmétiques), les produits d'entretien pour la maison et les véhicules, les textiles, ainsi que les produits de plein air, de sport et de loisir.

Au Canada, la prévalence du vapotage a augmenté au cours des dernières années, surtout chez les jeunes³. Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTAD) de 2018-2019, les taux de prévalence ont doublé au cours des deux dernières années. En 2016-2017, environ 10 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir utilisé la cigarette électronique au cours des 30 jours précédant l'enquête. Or cette statistique a connu une hausse, passant à 20 % en 2018-2019³.

Depuis l'arrivée des produits de vapotage, on a fait état d'un bon nombre de blessures, en particulier des empoisonnements causés par l'ingestion de liquide de vapotage et des brûlures causées par des dispositifs de vapotage défectueux^{4,5}. Si les effets indésirables pour la santé associés à l'exposition à certains types de produits du tabac sont bien documentés, toutes les répercussions du vapotage sur la santé ne sont pas connues.

Les dispositifs de vapotage sont des produits relativement nouveaux au Canada. Ils peuvent causer une tension excessive sur la pile au lithium-ion (Li-ion) du fait de l'utilisation de forts courants électriques lorsqu'ils fonctionnent. Bien que la technologie Li-ion soit sécuritaire de manière générale, la surutilisation de la pile peut conduire à une explosion ou à un incendie (surtout avec une pile de mauvaise qualité). Le dispositif de vapotage entrant souvent en contact étroit avec l'utilisateur, cela peut constituer un danger spécifique pour les consommateurs^{4,5}. Selon Rossheim et ses collaborateurs⁴, entre 2015 et 2017 aux États-Unis, 2 035 personnes se seraient présentées au service d'urgence d'un hôpital en raison de brûlures causées par l'explosion de leur dispositif de vapotage. Environ 26 % d'entre elles ont été traitées puis transférées à une autre unité, hospitalisées ou mises en observation⁴. Bon nombre de liquides de vapotage contiennent de la nicotine, et la toxicité aiguë élevée de cette substance a causé des empoisonnements non mortels et mortels en cas d'ingestion, y compris chez les enfants. Des études

récentes centrées sur les maladies pulmonaires associées au vapotage ont révélé plus de 2 000 cas de lésions pulmonaires aux États-Unis⁶ et 19 cas au Canada⁷. Les risques de blessure, d'empoisonnement et de diverses autres conséquences néfastes sur la santé mettent en relief la nécessité de maintenir une surveillance et d'analyser les données associées à ces produits dans le but de cerner l'information utile.

Cette étude visait à évaluer l'information sur le vapotage disponible dans le cadre du Programme et, plus spécifiquement, à :

- décrire l'épidémiologie (personne, temps et exposition) des blessures signalées causées par le vapotage;
- examiner les tendances au fil du temps et comparer les rapports d'incident lié aux produits de vapotage à ceux qui concernent l'ensemble des autres produits.

Méthodologie

Source de données

Le Programme reçoit des rapports d'incident de l'industrie et des consommateurs (ce qui inclut des tiers tels que des fournisseurs de soins de santé) par le biais de son portail de signalement en ligne⁸. Pour la période étudiée, le Programme a reçu en moyenne annuellement 2 500 rapports d'incident pour l'ensemble des types de produits de consommation. Ces rapports d'incident fournissent des données de santé et de sécurité sur les produits. L'industrie (c.-à-d. les fabricants, les importateurs et les vendeurs) est tenue de signaler tout incident relatif à un produit de consommation conformément à l'article 14 de la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*. Bien que les consommateurs ne soient pas tenus de fournir ces renseignements, le Programme reçoit régulièrement des rapports d'incident de leur part, depuis le Canada mais aussi depuis l'étranger. De plus, dans le cadre du Programme, on recense les articles publiés dans les médias portant sur les produits de consommation et on les intègre à la base de données, et ce, grâce à des alertes Google à propos principalement des articles publiés par les principaux organes de presse.

Le portail de signalement en ligne permet de recueillir des données sur les personnes touchées (date de réception, sexe, tranche

d'âge, type de blessure subie et issue du traitement reçu), les explications (ce qui s'est produit et comment), le produit en cause (marque, numéro de modèle, numéro de série, code à barres, etc.) et l'information sur l'achat du produit (date de l'achat, nom et adresse de l'entreprise). Tous ces renseignements sont stockés dans une base de données appelée RADAR, un acronyme palindromique bilingue signifiant Regulatory Action Depot/Dépôt d'actions réglementaires. Pour notre analyse, nous avons extrait de RADAR les données liées à la personne (âge et sexe), à la période (année, jour de la semaine et heure du jour) et à l'exposition (p. ex. produits utilisés). Une fois les rapports d'incident reçus dans RADAR, les analystes de triage codifient les autres renseignements comme la catégorie de produit, le type de blessure, la gravité des blessures, les traitements administrés et les principaux dangers, renseignements que nous avons également extraits pour notre analyse.

Période visée par l'étude

Nous avons étudié tous les rapports d'incident recueillis dans RADAR entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 septembre 2019. L'unité d'analyse pour cette étude était tout rapport d'incident lié au vapotage. Nous avons sélectionné dans RADAR les rapports d'incident lié au vapotage au moyen de deux méthodes. La première méthode repose sur le codage des rapports d'incident à l'aide des manuels de codage des blessures et des dangers élaborés dans le cadre du Programme. Il s'agit d'un manuel de codage semblable à celui du système de codage National Electronic Injury Surveillance System (NEISS) utilisé par la Consumer Product Safety Commission (CPSC) des États-Unis⁴. Tous les rapports d'incident codés avec la mention « dispositif de vapotage » ont été extraits. La seconde méthode, utilisée en complément, a consisté à rechercher des séquences de termes dans les descriptions relatant les incidents afin d'extraire les événements syndromiques (p. ex. « breath », « cough », « chest pain », « nausea », « vomit », « lung », « pulmonary », « poumon », « pulmonaires », « empoisonner », « à l'abri », « respiratoire », etc.) en anglais et en français. Les chaînes de recherche ont été utilisées de la même manière dans le champ de description de la marque et du nom de produit (p. ex. « atomiser », « cartomiser », « vap* », « dab », « cig* », etc.). Une liste de ces termes de recherche

est fournie sur demande. Toutes les données extraites ont été examinées manuellement afin d'éviter toute erreur de codage.

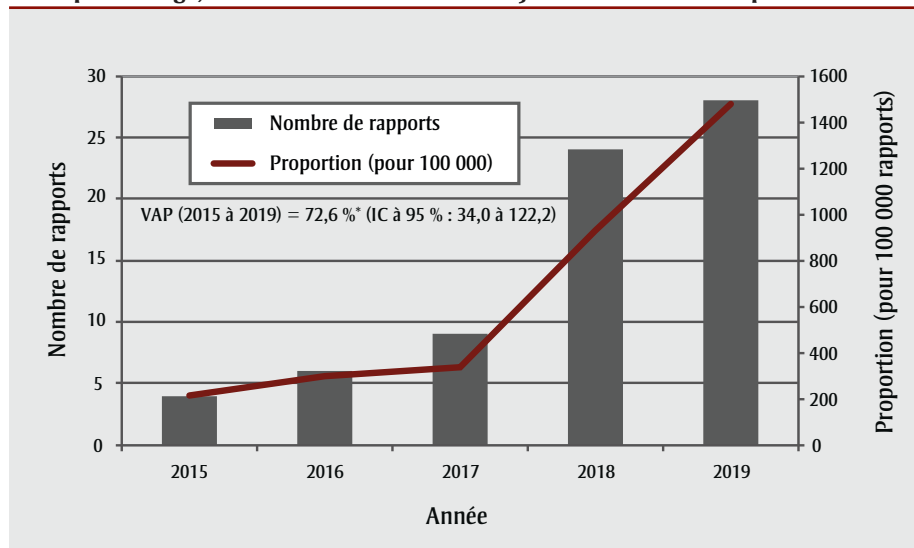
Analyse statistique

Nous avons produit des statistiques descriptives afin d'analyser la distribution des diverses caractéristiques des rapports d'incident lié au vapotage que nous avons recueillis. Nous avons calculé les effectifs et les pourcentages pour toutes les variables pertinentes. Nous avons calculé les rapports proportionnels des blessures (RPB) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % associés pour comparer les caractéristiques spécifiques aux cas de vapotage ($n = 71$). Le RPB a été calculé en divisant le nombre de cas observés pour une caractéristique donnée (par exemple, le type de blessure) par le nombre de cas prévus pour cette caractéristique sur l'ensemble des rapports d'incident saisis dans RADAR⁹⁻¹¹. Un RPB égal à l'unité (1,00) indique que le nombre prévu de blessures attribuées au vapotage est le même que celui des autres rapports d'incident saisis dans RADAR. Si le RPB est supérieur à l'unité et que la limite inférieure de l'intervalle de confiance exclut 1,00, le résultat est interprété comme étant significativement supérieur à celui prévu. L'analyse a porté sur les rapports d'incident présentés par des consommateurs et par l'industrie et ceux publiés dans les médias. Pour déterminer la robustesse des résultats de l'étude, des analyses de sensibilité ont été menées (excluant les rapports d'incident publiés dans les médias). Nous avons calculé la variation annuelle en pourcentage à l'aide du modèle de régression de Joinpoint¹². Nous avons établi le niveau de signification statistique (α) à 0,05 avant toute analyse. Les analyses ont été menées au moyen de Microsoft Excel, version SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis), et la version logicielle Joinpoint Desktop 4.7 (National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, États-Unis).

Résultats

Au total, 71 rapports d'incident lié au vapotage ont été reçus dans le cadre du Programme entre janvier 2015 et septembre 2019. La figure 1 illustre la distribution des rapports d'incident au fil des ans. En 2015, quatre rapports d'incident ont été présentés dans le cadre du Programme et, en 2019 (jusqu'en septembre seulement),

FIGURE 1
Nombre de rapports relatifs au vapotage, exprimé en proportions et en variation annuelle en pourcentage, saisis dans RADAR entre le 1er janvier 2015 et le 30 septembre 2019



Abréviations : IC, intervalle de confiance; RADAR, Regulatory Action Depot/Dépôt d'actions réglementaires; VAP, variation annuelle en pourcentage.

* La VAP diffère significativement de zéro à un niveau de $\alpha = 0,05$.

ce sont 28 rapports d'incident qui ont été reçus, ce qui équivaut, en proportion, à une augmentation annuelle en pourcentage de 72,6 % ($p < 0,05$) pour la période étudiée.

Le tableau 1 fournit un résumé des caractéristiques des individus et des caractéristiques des blessures décrites dans les rapports d'incident. L'âge moyen était de 34,1 ans (écart-type [ET] : 18,6). Parmi les personnes ayant indiqué leur âge ($N = 26$; 37%), la majorité étaient des adultes de 35 à 59 ans (38,5 %), les enfants de moins de 14 ans et les aînés de 60 ans et plus représentant respectivement 11,5 % et 7,7 % des cas. Parmi les personnes ayant indiqué leur sexe, la plupart étaient des hommes (69,8 %). Le danger le plus souvent signalé était d'ordre toxicologique (comme l'empoisonnement par ingestion; 53,5 %), suivi de l'explosion (23,9 %) et des autres dangers (comme les dangers mécaniques; 22,5 %). Dans l'ensemble, 45,1 % ($n = 32$) des rapports d'incident n'avaient causé aucune blessure. Parmi les blessures signalées ($n = 39$; 54,9 %), 41,0 % ($n = 16/39$) étaient des brûlures. Les autres types de blessures signalées étaient l'asphyxie ou l'empoisonnement (15,4 %), une irritation ou une réaction allergique (10,3 %) et des fractures causées par l'explosion de la pile (5,1 %). La plus forte proportion en matière de sévérité des blessures signalées correspondait à une sévérité moyenne ($N = 14$; 35,9 %), suivie d'une sévérité mineure ($N = 10$;

25,6 %), d'une sévérité grave ($N = 8$; 20,5 %) et d'une sévérité mortelle, mettant la vie en danger ou invalidante ($N = 2$; 5,1 %). Parmi les blessures nécessitant des soins, 13 (18,3 %) ont exigé une consultation en service d'urgence, 7 ont été traitées par un autre professionnel médical et 3 ont conduit à une hospitalisation.

Le tableau 2 présente les résultats de la comparaison entre les rapports d'incident lié au vapotage et l'ensemble des autres rapports d'incident reçus dans le cadre du Programme. Les hommes sont surreprésentés, en proportion, par rapport à l'ensemble des autres rapports d'incident reçus par le Programme (RPB = 1,89; IC à 95 % : 1,51 à 2,36). Les rapports d'incident lié au vapotage chez les 15 à 19 ans étaient 12 fois plus nombreux que les autres rapports d'incident reçus dans le cadre du Programme (RPB = 11,53; IC à 95 % : 4,95 à 26,8). Les dangers les plus courants liés au vapotage étaient de nature toxicologique (RPB = 2,79; IC à 95 % : 2,24 à 3,47) et causés par des explosions (RPB = 6,39; IC à 95 % : 4,22 à 9,61). Un grand nombre d'incidents codés comme toxicologiques étaient attribuables à un empoisonnement à la suite de l'ingestion de substances de vapotage. Les incidents codés comme empoisonnements (incluant les difficultés à respirer) étaient surreprésentés dans les rapports liés au vapotage par rapport aux autres rapports d'incident présentés au Programme (RPB = 2,33; IC à 95 % : 1,08 à 501). De

TABEAU 1
Caractéristiques individuelles et caractéristiques des blessures analysées à partir des rapports d'incident lié au vapotage reçus dans le cadre du Programme de sécurité des produits de consommation du Canada, janvier 2015 à septembre 2019

| Caractéristiques | N (%) |
|--|----------------|
| Sexe | |
| Homme | 37 (52,1) |
| Femme | 16 (22,5) |
| Inconnu | 18 (25,4) |
| Groupe d'âge (ans) | |
| 0 à 14 | 3 (4,2) |
| 15 à 19 | 5 (7,0) |
| 20 à 34 | 6 (8,5) |
| 35 à 59 | 10 (14,1) |
| 60 et plus | 2 (2,8) |
| Inconnu | 45 (63,4) |
| Âge (ans) | |
| Moyenne (ET) | 34,1 (18,6) |
| Médiane (EI) | 34 (18 à 46,5) |
| Danger principal | |
| Toxicologique | 38 (53,5) |
| Explosion | 17 (23,9) |
| Autre | 16 (22,5) |
| Type de blessure | |
| Aucune blessure | 32 (45,1) |
| Blessure spécifiée | 39 (54,9) |
| Brûlure (41,0 %) | |
| Asphyxie ou empoisonnement ^a (15,4 %) | |
| Irritation ou réaction allergique (10,3 %) | |
| Fracture (5,1 %) | |
| Autre/inconnue (28,2 %) | |
| Gravité de la blessure | |
| Aucune blessure | 32 (45,1) |
| Mineure | 10 (14,1) |
| Modérée | 14 (19,7) |
| Grave | 8 (11,3) |
| Fatale, mortelle ou invalidante | 2 (2,8) |
| Inconnue | 5 (7,0) |
| Traitement | |
| Aucune blessure – aucun traitement | 32 (45,1) |
| Blessure – aucun traitement | 5 (7,0) |
| Autre professionnel médical | 7 (9,9) |
| Consultation à l'urgence | 13 (18,3) |
| Admission à l'hôpital | 3 (4,2) |
| Inconnu | 11 (15,5) |

Abréviations : EI, écart interquartile; ET, écart-type.

^a Incluant les difficultés respiratoires.

la même manière, les explosions ont causé des brûlures à ceux qui ont signalé ce danger. Les piles au lithium-ion étaient responsables de la proportion élevée de rapports d'incident liés au vapotage impliquant des brûlures (RPB = 3,50; IC à 95 % : 2,27 à 5,39) par rapport aux autres rapports d'incident que le Programme a reçus. Bon nombre de signalements d'incident impliquant des brûlures faisaient état de blessures graves (RPB = 2,21; IC à 95 % : 1,15 à 4,24) nécessitant une consultation en service d'urgence (RPB = 2,00; IC à 95 % : 1,22 à 3,27).

Analyse

La surveillance est un outil de santé publique important permettant d'identifier de nouveaux dangers auxquels les personnes et les populations sont susceptibles d'être exposées. La surveillance systématique et continue de ces dangers permet de détecter rapidement les menaces potentielles pour la santé et permet de colliger l'information utile à l'action. Dans ce contexte, le Programme a procédé à la surveillance des rapports d'incident concernant un large éventail de produits de consommation, dont les produits de vapotage, et les a colligés après réception par le portail de signalement en ligne. Dans cette étude, l'analyse des signalements reçus dans le cadre du Programme relativement au vapotage a révélé que la majorité des rapports d'incident lié à des produits de vapotage concernaient des hommes (n = 37; 69,8 % de ceux qui ont mentionné leur sexe) et que le nombre total de rapports d'incident lié à des produits de vapotage a augmenté de façon significative entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 septembre 2019. Cette augmentation cadre avec l'augmentation de la prévalence du vapotage au Canada³.

Cette situation n'est pas spécifique au Canada. Des blessures liées au vapotage ont été signalées aux États-Unis à partir des données tirées du National Electronic Injury Surveillance System (NEISS)^{4,5}. À l'instar des études mentionnées précédemment, la plupart des cas examinés dans notre étude impliquaient des hommes, et bon nombre de rapports d'incident décrivaient des brûlures attribuables au mauvais fonctionnement de la pile au lithium-ion du dispositif de vapotage, qui avait surchauffé au point de prendre feu ou d'exploser⁵. Atténuer ces problèmes est cependant possible, les nouveaux dispositifs

TABLEAU 2

Rapports proportionnels des blessures selon certaines caractéristiques individuelles et les caractéristiques de certaines blessures signalées dans le cadre du Programme de la sécurité des produits de consommation du Canada, janvier 2015 à septembre 2019

| Caractéristiques liées au vapotage | Nombre d'incidents | Valeurs attendues | RPB (IC À 95 %) | |
|------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|---------------|
| Sexe | | | | |
| Homme | 37 | 19,60 | 1,89 | (1,51 à 2,36) |
| Femme | 16 | 20,35 | 0,79 | (0,51 à 1,21) |
| Âge (ans) | | | | |
| 0 à 14 | 3 | 9,08 | 0,33 | (0,11 à 1,00) |
| 15 à 19 | 5 | 0,43 | 11,53 | (4,95 à 26,8) |
| 20 à 34 | 6 | 2,91 | 2,06 | (0,96 à 4,94) |
| 35 à 59 | 10 | 6,89 | 1,45 | (0,81 à 2,57) |
| 60 et plus | 2 | 3,63 | 0,55 | (0,14 à 2,16) |
| Danger principal | | | | |
| Toxicologique | 38 | 13,62 | 2,79 | (2,24 à 3,47) |
| Explosion | 17 | 2,66 | 6,39 | (4,22 à 9,61) |
| Type de blessures | | | | |
| Aucune blessure | 32 | 43,73 | 0,73 | (0,51 à 0,95) |
| Brûlures | 16 | 4,57 | 3,50 | (2,27 à 5,39) |
| Empoisonnement ^a | 6 | 2,57 | 2,33 | (1,08 à 5,01) |
| Irritation ou réaction allergique | 4 | 7,53 | 0,53 | (0,20 à 1,38) |
| Gravité de la blessure | | | | |
| Mineure | 10 | 9,93 | 1,01 | (0,57 à 1,79) |
| Modérée | 14 | 9,31 | 1,50 | (0,94 à 2,40) |
| Grave | 8 | 3,63 | 2,21 | (1,15 à 4,24) |
| Traitement | | | | |
| Aucun traitement | 32 | 43,73 | 0,73 | (0,56 à 0,95) |
| Service d'urgence | 13 | 6,49 | 2,00 | (1,22 à 3,27) |
| Hospitalisation | 3 | 3,83 | 0,78 | (0,25 à 2,37) |

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RPB, rapports proportionnels des blessures.

^a Incluant les difficultés respiratoires.

ayant été conçus en conformité aux nouvelles normes de sécurité du matériel. Outre des brûlures, divers effets physiologiques ont été observés : des empoisonnements (incluant les difficultés à respirer), des irritations et réactions allergiques et enfin des fractures (causées par l'explosion de la pile).

Points forts et limites

Notre analyse repose sur les données de rapports d'incident effectués par les consommateurs et l'industrie dans le cadre du Programme. L'un des points forts de ces données est que l'industrie est tenue de signaler tout incident, même s'il est difficile de vérifier la conformité de l'industrie à la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* si l'industrie

n'est pas au fait des problèmes causés par ses produits. Par ailleurs, les signalements d'incident reçus ne correspondent assurément pas à tous les signalements ayant eu lieu au Canada au cours de la période étudiée, surtout que le signalement par les consommateurs se fait sur une base volontaire. Bien que l'étude rende compte d'une analyse de toutes les données accessibles à l'heure actuelle, elle comporte plusieurs limites importantes. Le nombre de signalements d'incident lié aux produits de vapotage est faible et n'est pas représentatif de tous les incidents au Canada. De plus, Santé Canada ne vérifie pas les détails de chaque signalement d'incident reçu. Enfin, divers facteurs non quantifiés pourraient entraîner une sur-déclaration ou une sous-déclaration de cas, et ces biais de déclaration sont

variables d'un sous-groupe à un autre. Malgré ces limites, notre étude met en lumière des enjeux susceptibles d'offrir un aperçu des risques pour la santé associés à de nouvelles catégories de produit, dont les produits de vapotage font partie.

Conclusion

Le nombre de rapports d'incident lié au vapotage reçus chaque année par le Programme a augmenté de façon significative depuis 2015. Les données disponibles laissent penser que ces incidents sont plus susceptibles de survenir au sein de certains sous-groupes (les hommes, les jeunes). De plus, en proportion, les rapports d'incident lié au vapotage ont mentionné un plus grand nombre de consultations à l'urgence que les autres rapports d'incident enregistrés dans le cadre du Programme. Cette étude souligne ainsi l'importance des systèmes de surveillance dans le contrôle des dangers potentiels causés par les produits de consommation.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

MTD et JH ont collaboré à la conceptualisation de l'étude. MTD, L. Guttman et L. Ghandour ont collaboré à la revue de littérature. MTD, SRM, L. Guttman et L. Ghandour ont analysé les données. Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision de l'article. Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Gouvernement du Canada. *Loi sur la sécurité des produits de consommation du Canada* (L.C. 2010, ch. 21) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-1.68/>
2. Santé Canada. Directives concernant les produits de vapotage non mis en marché à des fins thérapeutiques [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 30 octobre 2019]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/securite-produits-consommation/rapports-publications/industrie-professionnels/produits-vapotage-loi-canadienne-securite-produits-consommation.html>

3. Santé Canada. Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019 [Internet]. Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 10 janvier 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html>
4. Rossheim ME, Livingston MD, Soule EK, Zeraye HA, Thombs DL. Electronic cigarette explosion and burn injuries, US Emergency Departments 2015-2017. *Tob Control*. 2019;28(4):472-474.
5. Rudy SF, Durmowicz EL. Electronic nicotine delivery systems: overheating, fires and explosions. *Tob Control*. 2016;26:10-18.
6. Siegel DA, Jatlaoui TC, Koumans EH, et al. Update: Interim guidance for health care providers evaluating and caring for patients with suspected e-cigarette, or vaping, product use associated lung injury - United States, October 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(41):919-927.
7. Santé Canada. Maladie pulmonaire associée au vapotage [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [modification le 16 avril 2020; consultation le 3 juillet 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-pulmonaire-vapotage.html>
8. Santé Canada. Rapport d'incident concernant un produit de consommation ou un produit cosmétique - Formulaire à l'intention des consommateurs, Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2016 [consultation le 17 février 2020]. En ligne à : <https://canadiensensante.gc.ca/apps/radar/CPS-SPC-0002.08.html>
9. Do MT, Fréchette M, McFaull S, Denning B, Ruta M, Thompson W. Injuries in the North - analysis of 20 years of surveillance data collected by the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2013;72:1. doi:10.3402/ijch.v72i0.21090.
10. Checkoway H, Pearce NE, Crawford-Brown DJ. *Research methods in occupational epidemiology*. New York (NY) : Oxford University Press; 1989. 362 p.
11. Do MT, Chang VC, Tibebe S, Thompson W, Ugnat A. Surveillance des cas suspectés d'intoxication et de blessures liées aux opioïdes : tendances et contexte tirés du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, mars 2011 à juin 2017. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2018;38(9):359-370.
12. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for Jointpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. 2000;19(3):335-351. Erratum in *Stat Med*. 2001;20(4):655.

Commentaire

Action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé au Canada : examen des lettres de mandat du gouvernement fédéral de décembre 2019

Kelsey Lucyk, Ph. D.

 Diffuser cet article sur Twitter

La réduction des inégalités en matière de santé est un défi à l'échelle mondiale, qui nécessite une action intersectorielle sur les déterminants de la santé¹. Au Canada, le premier ministre fixe aux ministres des objectifs en matière de politiques par l'intermédiaire de « lettres de mandat » : ces lettres décrivent les attentes quant aux fonctions des ministres et déterminent les principales priorités de leur ministère. On peut considérer ces lettres de mandat comme un outil permettant de cerner les possibilités d'action et comme un point de départ dans le processus d'élaboration des politiques. Étant donné que la plupart des déterminants de la santé échappent au secteur de la santé en tant que tel^{2,3}, les lettres de mandat adressées aux ministres hors du secteur de la santé révèlent les points d'accès sur lesquels le secteur de la santé peut s'appuyer pour favoriser les politiques contribuant à améliorer l'équité en santé. Notre examen de 33 lettres de mandat permet de définir les principaux engagements hors du secteur de la santé susceptibles d'améliorer les conditions dans lesquelles les gens naissent, vivent, grandissent, travaillent et vieillissent, ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé⁴. Pour la majorité des engagements relevés dans cet examen, les secteurs autres que celui de la santé ne font aucun lien explicite entre leurs directives et la santé ou ses déterminants sociaux, ce qui illustre un défi bien connu et de plus en plus important lié à l'action intersectorielle en matière de santé : la recherche de l'équité en santé est parfois considérée comme une priorité inférieure aux priorités stratégiques d'autres secteurs, voire incompatible avec elles⁵. Notre examen s'adresse aux professionnels en santé

publique mais aussi à ceux d'autres secteurs qui travaillent à l'amélioration de l'équité en santé.

Équité en santé et déterminants sociaux de la santé : occasions à saisir

Dans le cadre de son engagement à un gouvernement ouvert et transparent, le cabinet du premier ministre Justin Trudeau a publié les lettres de mandat du 29^e Conseil des ministres du Canada le 13 décembre 2019⁶. Dans plusieurs cas, ces lettres de mandat jettent les bases d'une action intersectorielle sur les déterminants de la santé en précisant quels ministres devraient travailler ensemble, sur quels sujets et à quelles fins. Un exemple digne de mention est la directive donnée en amont à la ministre associée des Finances, visant une intégration des mesures de la qualité de vie dans le processus décisionnel et budgétaire du gouvernement fédéral, grâce à la collaboration avec des collègues des secteurs du développement social et des sciences⁷.

Les domaines thématiques n'ont pas été déterminés a priori dans le cadre de cet examen : nous avons plutôt étudié les lettres en vue de sélectionner les facteurs connus susceptibles de façonner la santé et l'équité en santé (p. ex. la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources)⁸ et nous les avons regroupés en fonction des principaux déterminants, en utilisant comme cadre de référence le cadre de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) relatif aux déterminants sociaux de la santé⁴. D'autres cadres pertinents (p. ex. les déterminants écologiques, les déterminants

Points saillants

- Les lettres de mandat des ministres du gouvernement fédéral définissent les possibilités d'action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'équité en santé.
- Les principaux domaines d'action intersectorielle définis dans les lettres de mandat de 2019 sont l'adoption de mesures de bien-être dans le budget fédéral, de politiques fiscales de redistribution et d'initiatives dans les secteurs notamment de l'emploi, du logement et de l'éducation.
- Il est important d'assurer la surveillance continue des inégalités en matière de santé au Canada et d'en rendre compte afin de pouvoir évaluer les progrès et déterminer les secteurs dans lesquels la collaboration intersectorielle peut être renforcée.

Mots-clés : *déterminants sociaux de la santé, examen de politiques, équité en santé, santé dans toutes les politiques*

commerciaux et les déterminants de la santé spécifiques aux Autochtones) dépassaient la portée de cet examen. Le tableau 1 rassemble les principales constatations à propos des engagements énoncés dans les lettres de mandat quant aux domaines clés des déterminants. Plus précisément, on y trouve reliés les engagements prévus dans les lettres de mandat et les ministres responsables ainsi que ceux

Rattachement de l'auteur :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Kelsey Lucyk, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 343-549-2606; courriel : kelsey.lucyk@canada.ca

Ministres responsables
* représente le ministre principal, le cas échéant

Directive prévue au mandat

FEG/DER
AC/MADN
Transports
PEPC
A
SPA
SPPC
ResN
RN
DN
AN
PCM/MAF
Travail
J/PG
ISI
SAC
IRC
DI
IC
S
POGC
FEDS
AE
F
EDI
DE/LO
ECC
VPM/AI
DI/J
GN
RCA
PCH
AA

Exiger que les employeurs sous réglementation fédérale prennent des mesures préventives pour réduire le stress et les blessures en milieu de travail dans le *Code canadien du travail*

Faire de la santé mentale un élément de la santé et de la sécurité au travail dans le *Code canadien du travail*

Créer des emplois grâce à des engagements dans les secteurs ministériels

Mettre en œuvre des dispositions législatives pour soutenir l'avenir et la qualité de vie des travailleurs et de leurs communautés dans le cadre de la transition vers une économie mondiale à faibles émissions de carbone

Racisme

Mettre en œuvre des programmes intergouvernementaux pour soutenir la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine proclamée par les Nations Unies

Investir dans des projets qui célèbrent les communautés noires canadiennes, qui partagent leurs connaissances et qui renforcent leurs capacités

Veiller à ce que les employés des organismes chargés de l'application de la loi et de la sécurité reçoivent de la formation sur les préjugés inconscients et les compétences culturelles

Élargir et faire progresser la Stratégie canadienne de lutte contre le racisme et veiller à ce que les projets communautaires atteignent les objectifs de la Stratégie

Mettre sur pied un Secrétariat de lutte contre le racisme

Élaborer des politiques qui s'attaquent à la discrimination systémique et aux préjugés inconscients, notamment le racisme envers les Noirs

Travailler avec des ministres de l'ensemble du gouvernement pour tirer parti de l'esprit de la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine proclamée par les Nations Unies

Élaborer conjointement un projet de loi visant à mettre en œuvre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones d'ici 2020

X

X

X

X

X

X

X*

X

X

X

X

X

X

X

X

X*

X

X

X

X

X

X

X*

X

X*

Suite à la page suivante

Ministres responsables
* représente le ministre principal, le cas échéant

Directive prévue au mandat

FEG/DER
AC/MADN
Transports
PEPC
A
SPA
SPPC
ResN
RN
DN
AN
PCM/MAF
Travail
J/PG
ISI
SAC
IRC
DI
IC
S
POGC
FEDS
AE
F
EDI
DE/LO
ECC
VPM/AI
DI/J
GN
RCA
PCH
AA

Sexe et genre

Veiller à ce que les juges du Canada reçoivent une formation obligatoire sur le droit relatif aux agressions sexuelles, les préjugés inconscients et les compétences culturelles

Travailler avec les provinces et les territoires en vue d'offrir un soutien et des conseils juridiques gratuits aux victimes d'agression sexuelle et de violence conjugale

Modifier le *Code criminel* de façon à interdire les thérapies de conversion

Préparer un plan d'action national visant à lutter contre la violence fondée sur le sexe

Appuyer les mesures communautaires pour lutter contre les obstacles systémiques qui nuisent au progrès des femmes tout en reconnaissant les expériences diverses des sexes et l'inégalité partout au pays, et en prenant des mesures en la matière

Poursuivre le travail du Secrétariat LGBTQ2S

Fournir des investissements supplémentaires aux organismes LGBTQ2S

Consulter les représentants de la société civile des communautés LGBTQ2S afin de jeter les bases d'un plan d'action qui orienterait le travail du gouvernement fédéral

Appuyer l'égalité des sexes et la diversité continues dans les entreprises canadiennes

Logement

Instaurer l'Incitatif à l'achat d'une première propriété

Mettre en œuvre l'Allocation canadienne pour le logement

Créer 41 800 nouvelles unités, réparer 229 600 unités et construire et rénover des logements dans le cadre de la Stratégie nationale sur le logement

Construire des logements abordables et les offrir aux anciens combattants

Répondre aux besoins essentiels en infrastructure dans les communautés autochtones, notamment l'élaboration d'une stratégie de logement autochtone en milieu urbain fondée sur les distinctions

Veiller à ce que les besoins des aînés soient pris en compte dans la Stratégie nationale sur le logement

Suite à la page suivante

Ministres responsables
* représente le ministre principal, le cas échéant

Directive prévue au mandat

| | |
|------------|----|
| FEG/DER | X |
| AC/MADN | |
| Transports | |
| PEPC | |
| A | |
| SPA | |
| SPPC | |
| ResN | X* |
| RN | |
| DN | |
| AN | |
| PCM/MAF | |
| Travail | |
| J/PG | |
| ISI | |
| SAC | |
| IRC | |
| DI | |
| IC | X |
| S | |
| POGC | |
| FEDS | X |
| AE | |
| F | X |
| EDI | |
| DE/LO | |
| ECC | |
| VPM/AI | |
| DI/J | |
| GN | |
| RCA | |
| PCH | |
| AA | |

Veiller à ce que, par l'intermédiaire de la Stratégie nationale sur le logement, les Canadiens, en particulier les femmes et les filles, aient accès à des logements abordables qui répondent à leurs besoins

Mettre en œuvre un plan qui aidera les Canadiens à rendre leurs maisons plus éconergétiques et résilientes face aux changements climatiques

Achever la conception et la mise en œuvre du Défi d'offre de logement

Petite enfance

Créer jusqu'à 250 000 places en service de garde avant et après l'école pour les enfants de moins de 10 ans, jeter les bases d'un système pancanadien de service de garde d'enfants et offrir du soutien aux éducateurs de la petite enfance

Instaurer un congé de 15 semaines pour les parents adoptifs, y compris les familles LGBTQ2S

Permettre aux nouveaux parents de suspendre le remboursement de leur prêt étudiant, sans intérêt, jusqu'à ce que leur plus jeune enfant atteigne l'âge de 5 ans

Doubler la Prestation pour enfants handicapés

Élaborer un programme de congé familial payé garanti pendant la première année de la vie de l'enfant et travailler avec le Québec à une intégration efficace avec son propre régime de prestations parentales

Bonifier l'Allocation canadienne pour enfants de 15 % pour les enfants de moins d'un an

Travailler avec les provinces et les territoires afin d'offrir un meilleur soutien aux éducateurs de la petite enfance

Travailler avec les provinces et les territoires à la création d'un secrétariat national axé sur un système pancanadien de service de garde d'enfants

Mettre pleinement en œuvre la Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Éducation et formation axée sur les compétences

Augmenter le montant des bourses canadiennes pour étudiants d'un montant maximum de 1 200 \$

Prolonger à deux ans le délai de grâce sans intérêt pour le remboursement des prêts étudiants

Ministres responsables
* représente le ministre principal, le cas échéant

Directive prévue au mandat

FEG/DER
AC/MADN
Transports
PEPC
A
SPA
SPPC
ResN
RN
DN
AN
PCM/MAF
Travail
J/PG
ISI
SAC
IRC
DI
IC
S
POGC
FEDS
AE
F
EDI
DE/LO
ECC
VPM/AI
DI/J
GN
RCA
PCH
AA

Augmenter le seuil de revenu pour l'aide au remboursement de prêts étudiants de 10 000 \$

Investir dans la formation axée sur les compétences pour soutenir les audits énergétiques, les rénovations et la construction de maisons à consommation énergétique nette zéro

Soutenir les écosystèmes d'innovation, en particulier les partenariats entre les entreprises et l'enseignement postsecondaire

Veiller à ce que tous les Canadiens aient accès à des programmes en seconde langue officielle et investir dans la formation et le recrutement d'enseignants qui mettront en œuvre ces programmes

Mettre en œuvre l'Allocation canadienne pour la formation

Créer des centres de transition pour les travailleurs qui offriront des initiatives de perfectionnement et des activités de diversification économique et communautaire dans l'Ouest et l'Est du Canada

Tenir compte des recommandations du Groupe de travail sur l'éducation postsecondaire dans les régions de l'Arctique et du Nord du Canada, selon le cas, pour établir un système solide d'éducation postsecondaire dans le Nord

Créer le Service canadien d'apprentissage

Élaborer une proposition exigeant que les fournisseurs du gouvernement participent au Service canadien d'apprentissage

Obliger les bénéficiaires de contrats fédéraux à atteindre des cibles en matière d'inclusion des femmes dans les métiers spécialisés

Accès aux soins médicaux

Poursuivre la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments universel à l'échelle nationale, ce qui implique l'établissement de l'Agence canadienne des médicaments, et l'exécution d'une stratégie sur l'accès à des médicaments coûteux pour les maladies rares

Veiller à ce que tous les Canadiens aient accès à un médecin de famille ou à une équipe de soins de santé primaires

Rendre les soins à domicile et les soins palliatifs plus accessibles dans l'ensemble du pays

Veiller à ce que les Canadiens aient accès à une gamme complète de médicaments et de services en matière de reproduction dans l'ensemble du pays

Suite à la page suivante

Ministres responsables
* représente le ministre principal, le cas échéant

Directive prévue au mandat

| | FEG/DER | AC/MADN | Transports | PEPC | A | SPA | SPPC | ResN | RN | DN | AN | PCM/MAF | Travail | J/PG | ISI | SAC | IRC | DI | IC | S | POGC | FEDS | AE | F | EDI | DE/LO | ECC | VPM/AI | DI/J | GN | RCA | PCH | AA | | | |
|---|---------|---------|------------|------|---|-----|------|------|----|----|----|---------|---------|------|-----|-----|-----|----|----|----|------|------|----|---|-----|-------|-----|--------|------|----|-----|-----|----|--|--|--|
| Établir des normes nationales en matière d'accès aux services de santé mentale | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X* | | | | X | | | | X | | | | | | | | |
| Poursuivre la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments universel à l'échelle nationale | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X* | | | | X | | | | X | | | | | | | | |
| S'assurer que la réponse du Canada à la crise des opioïdes est solide, efficace et bien coordonnée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accroître la portée des services communautaires, offrir davantage de lits de réadaptation pour les patients hospitalisés et mettre en œuvre à grande échelle les programmes les plus efficaces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Continuer à mettre pleinement en œuvre le principe de Jordan ⁱⁱ pour assurer aux enfants des Premières Nations l'accès aux services de soutien social et aux services de soutien en matière de santé et d'éducation dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Élaborer conjointement des plans d'infrastructure communautaire fondés sur les distinctions et investir dans ces plans, et aller de l'avant pour répondre aux besoins essentiels, notamment le logement, les routes ouvertes toute l'année, l'Internet haute vitesse, les établissements de santé, les centres de traitement et les écoles dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis d'ici 2030 | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Étudier et analyser les voies à suivre concernant le régime national de soins dentaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intégrer les mesures de la qualité de vie dans le processus décisionnel et budgétaire du gouvernement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Sécurité alimentaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mettre en œuvre une politique alimentaire qui soutient la sécurité alimentaire dans les collectivités autochtones et du Nord | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vieillessement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Augmenter de 25 % les prestations de survivant du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X* | | | | | | | | | | | |
| Promouvoir le vieillissement en santé, entre autres au moyen de programmes soutenus par le gouvernement fédéral qui répondent aux besoins des aînés et de leur famille et veiller à ce que les investissements dans les soins soient bien coordonnés et produisent les effets voulus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Suite à la page suivante

| Directive prévue au mandat | FEG/DER | AC/MADN | Transports | PEPC | A | SPA | SPPC | ResN | RN | DN | AN | PCM/MAF | Travail | J/PG | ISI | SAC | IRC | DI | IC | S | POGC | FEDS | AE | F | EDI | DE/LO | ECC | VPM/AI | DI/J | GN | RCA | PCH | AA | | | | | |
|--|---------|---------|------------|------|---|-----|------|------|----|----|----|---------|---------|------|-----|-----|-----|----|----|---|------|------|----|---|-----|-------|-----|--------|------|----|-----|-----|----|--|--|--|--|--|
| Augmenter la pension de la Sécurité de la vieillesse de 10 % pour les aînés lorsqu'ils atteignent l'âge de 75 ans, la prestation étant indexée sur l'inflation | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Créer une définition nationale de la maltraitance envers les aînés et établir de nouvelles infractions et sanctions dans le Code criminel | | | | X* | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Examiner la capacité du gouvernement à aider les aînés à se prévaloir des prestations et des programmes auxquels ils sont admissibles | | | | X* | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Langue | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moderniser et renforcer la <i>Loi sur les langues officielles</i> pour mieux prendre en compte et mieux servir les communautés linguistiques minoritaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Tirer parti de l'expertise du Bureau de la traduction pour aider à préserver, à protéger et à revitaliser les langues des Premières Nations, des Inuits, et des Métis en rendant les services de traduction et d'interprétation plus accessibles | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mettre pleinement en œuvre la <i>Loi sur les langues autochtones</i> pour préserver, promouvoir et revitaliser les langues autochtones au Canada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | |
| Capacités | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Créer un fonds d'accessibilité en milieu de travail pour augmenter la disponibilité des mesures d'adaptation visant à combler les écarts dans l'accès aux emplois bien rémunérés et à l'éducation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Mettre en œuvre la <i>Loi canadienne sur l'accessibilité</i> et soutenir la mise en fonction de l'Organisation canadienne d'élaboration de normes d'accessibilité en consultation avec la communauté des personnes handicapées | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Entreprendre des initiatives pour améliorer l'inclusion économique des personnes handicapées et cibler les obstacles à la pleine participation au marché du travail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Effectuer un examen exhaustif pour assurer l'adoption d'une approche cohérente à l'inclusion des personnes handicapées et la prise de mesures de soutien dans l'ensemble du gouvernement qui s'attaquent aux iniquités dans les programmes et les services gouvernementaux (et qui remettent en question les préjugés inhérents aux processus gouvernementaux) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |

| | | Ministres responsables * représente le ministre principal, le cas échéant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------|------------|------|---|-----|------|------|----|----|----|---------|---------|------|-----|-----|-----|----|----|---|------|------|----|---|-----|-------|-----|--------|------|----|-----|-----|----|--|--|--|
| Directive prévue au mandat | | FEG/DER | AC/MADN | Transports | PEPC | A | SPA | SPPC | ResN | RN | DN | AN | PCM/MAF | Travail | J/PG | ISI | SAC | IRC | DI | IC | S | POGC | FEDS | AE | F | EDI | DE/LO | ECC | VPM/AI | DI/J | GN | RCA | PCH | AA | | | |
| Rendre le réseau de transport plus accessible aux personnes handicapées | | | | X* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| Engagements internationaux à l'égard des déterminants de la santé et de l'équité en santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En ce qui concerne la répartition inégale du travail rémunéré et non rémunéré lié à la prestation de soins, concevoir des programmes qui tiennent compte de ce phénomène et qui visent à l'atténuer et à y remédier, ainsi qu'à défendre et à protéger les droits des personnes prenant en charge la prestation de soins (rémunérées ou non), de façon à agir sur l'une des causes profondes des inégalités à l'échelle mondiale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maintenir l'accent sur l'égalité des sexes dans tous les investissements du Canada dans l'aide internationale afin de remédier aux inégalités économiques, politiques et sociales qui peuvent empêcher la réalisation du plein potentiel de chacun | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concevoir des programmes sur les recouvrements entre les droits des femmes et l'adaptation aux changements climatiques afin de mieux soutenir la gestion durable et équitable des ressources, la production agricole et l'accès aux marchés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diriger la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 qui a été adopté par les Nations Unies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Travailler avec les ministres pertinents pour défendre les valeurs rattachées à la gouvernance inclusive et responsable, notamment par la promotion des droits de la personne, de l'autonomisation des femmes, de l'égalité des sexes et du respect de la diversité et de l'inclusion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Diriger la mise en œuvre coordonnée du Programme canadien sur les femmes, la paix et la sécurité | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |

Abbreviations (dans l'ordre d'apparition dans le tableau) : AA, Agriculture et Agroalimentaire; PCH, Patrimoine canadien; RCA, Relations Couronne-Autochtones; GN, Gouvernement numérique; DI/J, Diversité et Inclusion et Jeunesse; VPM/AI, Vice-première ministre et Affaires intergouvernementales; ECC, Environnement et Changement climatique; DE/LO, Développement économique et Langues officielles; EDI, Emploi, Développement de la main-d'œuvre et Inclusion des personnes handicapées; F, Finances; AE, Affaires étrangères; FEDS, Famille, Enfants et Développement social; POGC, Pêches, Océans et Garde côtière canadienne; S, Santé; IC, Infrastructure et Collectivités; DI, Développement international; IRC, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté; SAC, Services aux Autochtones; ISI, Innovation, Sciences et Industrie; J/PG, Justice et procureur général du Canada; PCM/MAF, Prospérité de la classe moyenne et ministre associée des Finances; AN, Affaires du Nord; DN, Défense nationale; RN, Revenu national; ResN, Ressources naturelles; SPPC, Sécurité publique et Protection civile; SPA, Services publics et Approvisionnement; A, Aînés; PEPC, Petite Entreprise, Promotion des exportations et Commerce international; AC/MADN, Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale; FEG/DER, Femmes et Égalité des genres et Développement économique rural.

* Le principe de Jordan est un principe canadien plaçant l'enfant au premier plan, qui exige que les enfants des Premières Nations aient une égalité d'accès quant aux produits, aux services et au soutien dont ils ont besoin. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la page Web « Principe de Jordan » du gouvernement du Canada à l'adresse : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/156839604234/156839615924>

qui sont explicitement nommés dans les engagements.

Les résultats qui suivent visent à montrer la portée et l'ampleur des engagements relatifs aux déterminants sociaux de la santé dans les secteurs autres que la santé mais ne visent pas à évaluer les effets positifs ou négatifs que de telles mesures peuvent avoir sur la santé et les inégalités en matière de santé. Ce rapport est une analyse de 33 des 37 lettres publiées : ont été exclues les lettres adressées au leader du gouvernement à la Chambre des communes, au leader parlementaire adjoint de la Chambre des communes, au président du Conseil privé et au président du Conseil du Trésor. L'analyse a été réalisée entre décembre 2019 et janvier 2020, ce qui signifie que plusieurs politiques ou programmes ont sans doute été mis en œuvre ou réorientés depuis la date de rédaction de cet article (en particulier dans le contexte de la pandémie de COVID-19). Les lettres de mandat, à la fois documents de source primaire et outils stratégiques ambitieux, sont représentatives d'un moment précis, et l'analyse présentée ici décrit les plans d'action intersectorielle à ce moment-là.

Revenu et emploi

Les politiques fiscales de redistribution et les mesures de soutien supplémentaires (p. ex. sécurité d'emploi et prestations, renforcement du filet de sécurité sociale) sont susceptibles d'améliorer les déterminants de la santé dans la mesure où elles augmentent l'accès aux ressources nécessaires pour maintenir la santé, englobant d'autres déterminants – comme l'emploi ou le revenu – liés à la santé et au bien-être⁹. Dans le secteur financier, le gouvernement du Canada a proposé d'instaurer une taxe sur les véhicules de luxe et examinera les allègements fiscaux pour s'assurer que les personnes aisées n'en bénéficient pas injustement. Les Canadiens de la classe moyenne devraient bénéficier d'une réduction des impôts et d'une augmentation du montant personnel de base, et le salaire minimum fédéral devrait être porté à au moins 15 \$ de l'heure. En ce qui concerne les aînés, des améliorations devraient être apportées à la pension de la Sécurité de la vieillesse (augmentation de 10 % à l'âge de 75 ans), ainsi qu'au Régime de pensions du Canada et au Régime de rentes du Québec (augmentation de 25 % des prestations de survivant). En ce qui concerne les nouveaux parents, l'Allocation

canadienne pour enfants devrait être bonifiée pour les enfants de moins d'un an, et la Prestation pour enfants handicapés devrait être doublée. Le gouvernement du Canada tentera également d'aider les aînés et les Canadiens à faible revenu à se prévaloir des prestations et des programmes auxquels ils sont admissibles. Selon la *Loi sur l'équité salariale*¹⁰ récemment adoptée et visant à réduire l'inégalité des revenus, les employeurs seront tenus de corriger la discrimination fondée sur le sexe en ce qui concerne la rémunération, afin que les employés reçoivent une rémunération égale pour l'exécution d'un travail de valeur égale dans les catégories d'emploi à prédominance masculine et ceux à prédominance féminine.

Dans le secteur de l'emploi, de nouvelles prestations devraient être offertes aux travailleurs saisonniers et aux employés qui ont perdu leur emploi en raison de la cessation des activités d'un employeur, et des services de soutien à l'emploi devraient être proposés aux familles des militaires et des policiers. Le régime d'assurance-emploi devrait prolonger les prestations de maladie, compenser les pertes de revenu découlant de catastrophes et mettre au point des prestations spéciales pour les nouveaux parents.

Racisme

Le racisme influe sur la santé à de multiples niveaux, car il réduit l'accès aux déterminants positifs de la santé, augmente l'exposition aux facteurs de risque et a des effets négatifs sur la santé physique et mentale¹¹. En ce qui concerne le secteur de la justice pénale, tous les juges du Canada devront suivre une formation sur les préjugés inconscients, et les forces de l'ordre recevront de la formation sur les préjugés inconscients et les compétences culturelles. Des investissements seront réalisés pour célébrer les communautés noires du Canada et renforcer leurs capacités, ainsi que pour soutenir la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine proclamée par les Nations Unies. Plus généralement, la ministre de la Diversité et de l'Inclusion et de la Jeunesse doit élaborer des politiques visant à lutter contre la discrimination systémique et le racisme envers les Noirs. Dans tous les ministères, on s'efforcera de soutenir l'autodétermination, d'améliorer la prestation des services et de faire progresser la réconciliation avec les peuples autochtones, en partie grâce à des mesures

législatives mettant en œuvre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

Sexe et genre

Le sexe et le genre (et les concepts connexes) façonnent la santé des personnes et de la population en influençant la répartition des risques pour la santé, des facteurs de protection, de l'accès aux services de santé et d'autres déterminants¹². Outre les initiatives horizontales, comme l'analyse comparative entre les genres plus et l'analyse de la diversité, plusieurs autres initiatives proposent des améliorations pour les personnes qui ont été désavantagées en raison de leur sexe, de leur genre ou de leur orientation sexuelle. Par exemple, des mesures seront prises pour interdire les thérapies de conversion, grâce à des modifications apportées au *Code criminel*, et pour accroître la portée et la capacité des organismes LGBTQ2. En ce qui concerne la violence fondée sur le sexe ou le genre, une réponse aux appels à la justice de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées sera élaborée et des conseils juridiques gratuits seront fournis aux victimes d'agressions sexuelles et de traumatismes, avec une formation sur ces sujets pour tous les juges canadiens.

Logement

Le logement est non seulement un déterminant essentiel à la prévention des maladies en soi, mais il est également important en raison de son influence sur d'autres déterminants, comme la stabilité sociale ou l'environnement¹³. Parmi les initiatives visant à améliorer l'abordabilité du logement au Canada figurent l'Allocation canadienne pour le logement et les logements pour les anciens combattants, ainsi que l'Incitatif à l'achat d'une première propriété récemment mis en place. La Stratégie nationale sur le logement permettra de créer plus de 40 000 unités, d'en réparer plus de 200 000 et de continuer à améliorer l'offre par la construction et la rénovation. Des mesures seront également prises pour garantir que la Stratégie tienne compte des besoins des aînés, des femmes et des filles, et un nouveau plan sera élaboré relativement au logement des Autochtones en milieu urbain. Des solutions novatrices seront étudiées grâce à la mise en place d'un nouveau concours, le Défi d'offre de logement, qui remettra 300 millions de dollars en prix¹⁴. Un soutien

sera également fourni aux Canadiens afin de les aider à rendre leurs maisons plus écoénergétiques et résilientes face aux changements climatiques.

Petite enfance

De la naissance à 6 ans, les enfants vivent une période essentielle sur le plan du développement physique, cognitif, émotionnel et social, qui a un impact sur leur bien-être durant l'enfance et plus tard dans leur vie¹⁵. Les mesures visant à améliorer la petite enfance comprendront la mise en œuvre d'un nouveau congé parental pour les parents adoptifs et un congé payé garanti pendant la première année de vie de l'enfant. Les nouveaux parents pourront également suspendre le remboursement de leur prêt étudiant jusqu'à ce que leur plus jeune enfant atteigne l'âge de 5 ans. Jusqu'à 250 000 nouvelles places en service de garde avant et après l'école seront créées pour les enfants de moins de 10 ans, et les bases d'un système pancanadien de services de garde d'enfants seront jetées. En ce qui concerne les communautés autochtones, une nouvelle mesure législative sur la protection de l'enfance entrera en vigueur : elle permettra aux communautés d'élaborer des politiques et des lois sur les services à l'enfance et à la famille, en fonction de leur histoire, de leur culture et de leur situation particulières.

Éducation et formation axée sur les compétences

L'éducation et ses déterminants connexes (comme les compétences) sont susceptibles de façonner les déterminants de la santé en influant sur les possibilités d'emploi, la prise de décision, la position sociale et divers autres éléments¹⁶. Pour améliorer l'abordabilité de l'enseignement postsecondaire, les montants du Programme canadien de bourses aux étudiants et le seuil de revenu pour l'aide au remboursement de prêts étudiants seront augmentés. Des efforts seront déployés pour garantir que les étudiants inuits, métis et des Premières Nations, ainsi que les étudiants des régions du Nord et de l'Arctique, obtiennent du soutien pour accéder à l'enseignement postsecondaire et réussir leurs études. Un nouveau crédit d'impôt remboursable sera instauré pour les travailleurs canadiens qui suivent une formation, et des centres de transition pour les travailleurs seront créés en vue de soutenir le développement dans l'Ouest et

l'Est du Canada. Enfin, un Service canadien d'apprentissage sera créé pour que les apprentis Sceau rouge aient suffisamment d'occasions d'acquérir l'expérience de travail qui leur est nécessaire. L'expérience de travail pour les jeunes sera soutenue par des améliorations apportées à la Stratégie emploi et compétences jeunesse et au programme Emplois d'été Canada. La création d'emplois est à la base de nombreuses initiatives gouvernementales (p. ex. projets d'infrastructure, la construction navale, les nouvelles technologies).

Engagements internationaux à l'égard des déterminants de la santé et de l'équité en santé

Étant donné que les inégalités en matière de santé proviennent d'une répartition inégale de l'argent, du pouvoir et des ressources au sein des nations et entre elles⁸, il est important d'examiner comment les investissements stratégiques internationaux du Canada tiennent compte des déterminants de la santé. Dans le cadre de l'aide et des activités internationales, l'accent sur l'égalité des sexes sera maintenu et l'autonomisation des femmes soutenue, par exemple en offrant des possibilités de réduction de la pauvreté chez les femmes dans les pays en développement, en réduisant les disparités salariales dans le domaine des soins et en mettant en œuvre le Programme canadien sur les femmes, la paix et la sécurité. La mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies va se poursuivre. Ce programme comprend de nombreux objectifs liés aux déterminants de la santé, notamment l'éradication de la faim et de la pauvreté et la réduction des inégalités¹⁷. Des programmes seront élaborés pour soutenir un développement international durable et équitable qui tient compte des recoupements entre les droits des femmes et l'adaptation aux changements climatiques.

Nouvelles orientations pour la recherche en santé

À la lumière de cet examen, il convient également d'envisager le développement de nouveaux travaux de recherche favorisant l'équité en santé et les déterminants de la santé. En matière de recherche en santé, un Institut national de recherche sur la santé des femmes sera créé pour combler les lacunes en matière de recherche et de soins, avec l'adoption d'une

approche intersectionnelle. Le Conseil de recherches en sciences humaines et les Instituts de recherche en santé du Canada vont créer des bourses de recherche pour des études sur la race, la diversité et le genre. Hors du secteur de la santé, le ministre de la Diversité et de l'Inclusion et de la Jeunesse va investir dans la recherche sur les nouvelles arrivantes appartenant à une minorité visible. Enfin, le Conseil national de recherches du Canada mènera des travaux de recherche sur des enjeux comme les changements climatiques, une croissance propre et une société saine – facteurs qui façonnent les conditions de santé.

Notre examen a porté sur les lettres de mandat du gouvernement fédéral, que l'on peut considérer à la fois comme une structure de gouvernance et comme une mesure de gouvernance pour l'équité en santé, du point de vue de la « santé dans toutes les politiques »¹⁸. En tant que structure, les lettres facilitent la collaboration sur des initiatives particulières qui peuvent avoir un impact sur la santé ou l'équité en santé, grâce au regroupement des acteurs intersectoriels (c.-à-d. les ministres). En tant que mesure, les lettres contribuent à l'élaboration des politiques par l'établissement de programmes ministériels et par la définition des objectifs à atteindre pendant le mandat. Toutefois, les objectifs énoncés dans les lettres de mandat ne sont pas contraignants et, bien que le gouvernement fédéral assure un suivi des engagements pour obtenir des résultats stratégiques concrets¹⁹, il faut approfondir l'analyse pour déterminer le rôle des lettres de mandat dans la réalisation de ces mesures tout au long du processus d'élaboration des politiques. Cette analyse peut porter sur la manière dont les engagements en dehors du secteur de la santé sont reliés aux améliorations en matière de santé de la population à court et à long terme, ainsi que sur la détermination des secteurs qui font preuve de leadership et d'efficacité dans la mise en œuvre des initiatives intersectorielles. Elle peut également consister à étudier la façon dont les engagements évoluent entre la création et la mise en œuvre, et observer quels facteurs mènent à une mise en œuvre à long terme dans un contexte où priorités, mandats, gouvernements et divers facteurs contextuels sont fluctuants.

Conclusion

Notre examen a mis en évidence un large éventail de secteurs dans lesquels divers

ministères fédéraux vont agir afin d'atteindre les objectifs communs de bien-être social, sanitaire et économique, en intervenant sur les principaux déterminants sociaux de la santé à l'aide du cadre de l'ASPC⁴. La collaboration et les partenariats intersectoriels portant sur des déterminants comme le revenu, l'emploi, le racisme et autres sont essentiels pour améliorer l'équité en santé, la collaboration étant un message clé dans toutes les lettres de mandat pour atteindre la réalisation des progrès. L'ASPC s'attèle à ces travaux grâce à ses partenariats avec le gouvernement et avec d'autres intervenants, grâce à ses investissements auprès des populations qui subissent des inégalités en matière de santé (p. ex. les Canadiens noirs, les peuples autochtones) et grâce à ses efforts soutenus de mesure des inégalités en matière de santé au Canada et de rapports sur le sujet²⁰. Cependant, comme notre examen le révèle, il existe d'autres occasions où des initiatives hors du secteur de la santé peuvent être explorées et mises à profit de façon à améliorer l'équité en santé. Les leçons tirées d'approches prometteuses en cours dans d'autres administrations (p. ex. « santé dans toutes les politiques », évaluation des répercussions) vont continuer d'être suivies avec beaucoup d'intérêt afin d'éclairer les efforts visant à atteindre l'équité en santé grâce à des mesures intersectorielles.

Remerciements

Je tiens à souligner le travail de ceux qui se consacrent à l'équité en santé au Canada et à l'étranger, notamment Nancy Gehlen, Grace Wan Te et des collègues de l'équipe des initiatives et des partenariats intersectoriels de l'Agence de la santé publique du Canada, qui ont fourni des commentaires réfléchis et un appui à la rédaction des premières versions de ce commentaire.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contribution de l'auteure et avis

Kelsey Lucyk est responsable de la conception, de l'analyse et de la rédaction de l'article. Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent qu'elle : ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2008 [N° au catalogue : HP5-67/2008F]. 56 p. En ligne à : https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_fr.pdf
2. World Health Organization (WHO). Intersectoral action [Internet]. Genève (CH) : WHO; 2020 [consultation le 7 janvier 2020]. Consultable en ligne à la page : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/isa/en/
3. Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé. Ottawa (Ont.) : Sénat du Canada; 2009. 61 p.
4. Agence de la santé publique du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 16 janvier 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
5. Smith M, Weinstock D. Reducing health inequities through intersectoral action: balancing equity in health with equity for other social goods. *Int J Health Policy Manag.* 2019;8(1):1-3.
6. Gouvernement du Canada. Lettres de mandat [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 7 janvier 2020]. En ligne à : <https://pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat>
7. Cabinet du premier ministre. Lettre de mandat de la ministre de la Prospérité de la classe moyenne et ministre associée des Finances [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019. En ligne à : <https://pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2019/12/13/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-prosperte-de-la-classe-moyenne>
8. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève (CH) : Organisation mondiale de la santé; 2008. 260 p. En ligne à : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
9. Raphael D (dir.). Social determinants of health. 2e éd. Toronto (Ont.) : Canadian Scholars' Press Inc; 2009. 495 p.
10. *Loi sur l'équité salariale* (L.C. 2018, ch. 27, art. 416). Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-4.2/page-1.html>
11. Paradies Y, Ben J, Denson N, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2015 [consultation le 6 mai 2020];10(9):e0138511. En ligne à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4580597/#__ffn_sectitle
12. Administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2012 : Le sexe et le genre – Leur influence importante sur la santé. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2012 [N° au catalogue : HP2-10/2012F]. 175 p.
13. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Le logement, une cible prioritaire de la santé publique en matière d'équité : liste de lectures essentielles [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Université St Francis Xavier; 2018 [consultation le 6 mai 2020]. En ligne à : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/housing-as-a-focus-for-public-health-action-on-equity-a-curated-list>
14. Impact Canada. Défi d'offre de logement [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 8 janvier 2020]. En ligne à : <https://impact.canada.ca/fr/defis/defi-doffre-de-logement>
15. Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS). Mise en œuvre d'initiatives multisectorielles de développement sain durant l'enfance : leçons tirées d'interventions communautaires [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDSS; 2017. En ligne à : http://ccsdh.ca/images/uploads/FR_Implementing_Multi-Sectoral_HCD_Initiatives.pdf
16. Low B, Low D. Education and education policy as social determinants of health. *Virtual Mentor.* 2006;8(11):756-761. doi:10.1001/virtualmentor.2006.8.11.pfor1-0611.

-
17. Nations Unies. Le programme de développement durable [Internet]. New York (NY) : Nations Unies; 2015 [consultation le 7 janvier 2020]. En ligne à : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/development-agenda/>
 18. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones C, Davies M (dir.). Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions, and experiences [Internet]. Copenhagen (Denmark) : WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. 221 p. En ligne à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf
 19. Bureau du Conseil privé. Suivi des lettres de mandat : livrer des résultats pour les Canadiens [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 5 mai 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/conseil-prive/campagnes/mandat-suivi-resultats-canadiens.html>
 20. Agence de la santé publique du Canada. Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2018 [consultation le 7 janvier 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>

Avis de publication

La démence et les accidents vasculaires cérébraux concomitants chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques

 Diffuser cet article sur Twitter

L'Agence de la santé publique du Canada est heureuse d'annoncer la publication du rapport *La démence et les accidents vasculaires cérébraux concomitants chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques* pour souligner la Journée mondiale de l'Alzheimer.

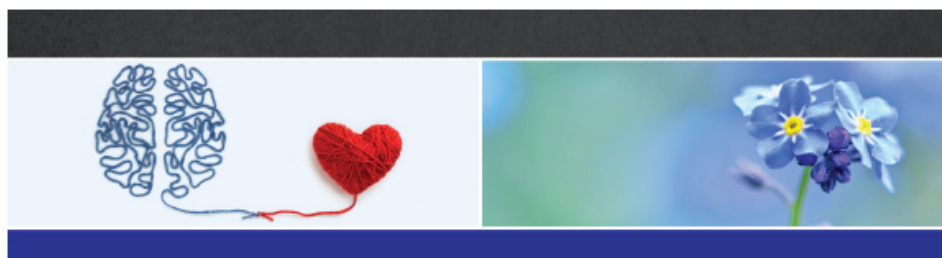
La démence et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des maladies chroniques courantes et débilitantes qui posent des problèmes de santé importants, en particulier chez les personnes âgées (65 ans et plus). Le risque de présenter ces affections, séparément ou ensemble (c'est-à-dire en comorbidité), augmente avec l'âge.

Cette publication décrit la prévalence et la mortalité (toutes causes confondues) de la concomitance de la démence et des AVC chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus en 2016-2017 en utilisant les données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). Ce système recense les cas de maladies chroniques dans les bases de données administratives provinciales/territoriales sur la santé, reliées aux registres provinciaux/territoriaux d'assurance maladie.

Faits saillants :

- En 2016-2017, environ 1,8 % des Canadiens (110 000) âgés de 65 ans et plus présentaient une démence et avaient subi un AVC, tandis que 5,1 % (322 000) étaient atteints de démence (sans AVC) et 7,8 % (492 000) avaient subi un AVC (sans démence).
- La prévalence brute de cette comorbidité augmentait avec l'âge, passant de 0,2 % chez les personnes âgées de 65 à 69 ans à 8,9 % chez les personnes âgées de 90 ans et plus. La prévalence brute de la comorbidité entre la démence et les AVC était plus importante chez les hommes jusqu'à 90 ans, âge à partir duquel la prévalence brute était plus importante chez les femmes (9,1 %) que chez les hommes (8,3 %).
- La mortalité toutes causes confondues chez les Canadiens de 65 ans et plus présentant une comorbidité était 6,9 fois plus élevée que chez ceux ne présentant pas cette comorbidité.

Consultez les dernières données de surveillance sur la démence et sur les AVC à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/?G=00&V=9&M=1>



LA DÉMENCE ET LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX CONCOMITANTS CHEZ LES CANADIENS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS

FAITS SAILLANTS DU SYSTÈME CANADIEN DE
SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Avis de publication

Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2020 sur le cancer du poumon

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)



Vient de paraître !

Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2020 sur le cancer du poumon a été publié le 22 septembre 2020.

Élaboré par le Comité consultatif canadien des statistiques sur le cancer, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada et la Société canadienne du cancer, à partir des registres provinciaux et territoriaux sur le cancer, ce rapport spécial fournit des statistiques sur l'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence du cancer du poumon. Lorsque c'est pertinent, les statistiques sont présentées par sexe, âge, géographie, stade, histologie et durée. Le rapport contient également des informations contextuelles sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du poumon.

Quelques faits saillants du rapport :

- Le cancer du poumon est le cancer le plus souvent diagnostiqué et la principale cause de décès par cancer au Canada. Le cancer du poumon tue plus de Canadiens que les cancers colorectal, du pancréas et du sein combinés.
- Dans la plupart des provinces et territoires, les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer du poumon sont en baisse chez les hommes et en baisse ou stables chez les femmes.
- Environ la moitié des cas de cancer du poumon au Canada ont été diagnostiqués après la formation de métastases (stade 4).
- La survie nette à trois ans pour le cancer du poumon au stade 4 n'est que de 5 %. Cependant, pour les cas de cancer du poumon diagnostiqués au stade 1, la survie nette à trois ans est de 71 %.
- Au Canada, le dépistage organisé du cancer du poumon sur une période de 20 ans pourrait permettre de réduire de 7 000 à 17 000 le nombre de diagnostics de stade 4 et de 5 000 à 11 100 le nombre de décès.
- Environ 86 % des cas de cancer du poumon sont dus à des facteurs de risque modifiables, ce qui en fait l'un des cancers les plus évitables au Canada.

Téléchargez ou imprimez cette édition, les dernières éditions des *Statistiques canadiennes sur le cancer* et les ressources connexes.

Appel ouvert à contributions : pandémie de COVID-19

Avec un processus de publication rapide

 Diffuser cet article sur Twitter

Appel spécial aux pairs évaluateurs

La Revue PSPMC est à la recherche de pairs évaluateurs ayant une expertise interdisciplinaire et disponibles pour effectuer l'évaluation rapide de manuscrits soumis à la revue dans le cadre de l'appel à contributions sur les liens entre la pandémie de COVID-19 et les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques.

Les sujets incluent, sans s'y limiter :

- les maladies chroniques, leurs facteurs de risque et les liens avec la COVID-19 (p. ex. le risque accru de maladie et les effets sur la santé à long terme);
- la santé mentale;
- la consommation problématique de substances;
- l'impact et les conséquences des mesures de santé publique;
- la prestation de soins de santé préventifs;
- les données probantes sur des interventions prometteuses;
- l'équité en santé.

Si vous êtes intéressé à être pair évaluateur pour la série sur la pandémie de COVID-19 de la Revue PSPMC, veuillez nous faire parvenir un courriel à PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca nous indiquant brièvement vos domaines d'expertise, rattachements et disponibilités. Vous pouvez également fournir une notice biographique, un bref curriculum vitae ou des liens vers une biographie en ligne afin de nous aider dans le processus de sélection.

Nous demandons aux évaluateurs de s'engager à compléter au moins une évaluation dans les cinq jours suivant l'acceptation de la demande d'évaluation.

La pandémie de la nouvelle maladie à coronavirus (COVID-19) a une incidence sociétale multidimensionnelle et a, d'une façon ou d'une autre, touché tous les Canadiens. De plus, d'un point de vue de santé publique, nous voyons aussi que cette pandémie et l'épidémie de maladies chroniques à croissance lente qui affecte toutes les régions du monde s'entrechoquent.

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques (la Revue PSPMC) est la revue scientifique mensuelle en ligne de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada. Les rédacteurs de la revue PSPMC vous invitent par la présente à soumettre des articles de recherche quantitative et qualitative, des commentaires, des éditoriaux et des manuscrits de type « Aperçu » qui abordent les liens entre la pandémie de COVID-19 et la promotion de la santé, les maladies chroniques et l'équité en santé.

De nombreux thèmes sont pertinents dans ce domaine, notamment :

- les associations entre maladies chroniques (et leurs facteurs de risque) et risque d'infection, de maladie grave ou d'issues moins favorables
- les effets à long terme de la COVID-19 sur les survivants, en particulier les troubles de santé mentale de longue durée comme, entre autres, la dépression et l'anxiété
- l'étude des interventions en santé publique et de leur incidence ainsi que de leurs conséquences imprévues aux niveaux individuel (p. ex. santé physique et mentale, comportements sains et favorisant la santé), familial et collectif
- la prestation de soins de santé préventifs pendant la pandémie
- de nouvelles données scientifiques, en particulier les résultats d'études expérimentales naturelles, sur les interventions prometteuses pour améliorer la santé publique (p. ex. mesures d'éloignement physique, protection des personnes souffrant d'une affection chronique sous-jacente) ou pour atténuer l'incidence négative des interventions (p. ex. conséquences sur la santé mentale)
- l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé en tant que questions transversales.

Pour assurer une pertinence à long terme de ces publications, nous nous attendons à ce que les manuscrits analysent les répercussions qu'ont leurs résultats lors de la phase de rétablissement de la crise actuelle et au-delà.

Les manuscrits seront examinés au fur et à mesure de leur réception. Les manuscrits retenus pour les étapes suivantes seront transmis à un comité éditorial spécial chargé de cette série ainsi qu'à deux pairs évaluateurs (si le type d'article le justifie).

Nous nous efforcerons de communiquer la décision éditoriale initiale concernant les manuscrits soumis dans les 15 jours ouvrables pour un article évalué par les pairs et dans les 5 jours ouvrables pour les manuscrits sans examen par les pairs. Les manuscrits acceptés seront priorisés pour publication et seront rendus disponibles en ligne, en format HTML, et indexés « avant l'impression » antérieurement à la création de la version PDF et à leur inclusion dans un numéro régulier de la revue.

Consultez notre site Internet pour toute information sur les types d'articles et sur les directives à l'intention des auteurs pour la soumission d'un article à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html>.

Si, avant de soumettre votre article, vous avez des questions sur sa conformité ou son adéquation, veuillez les transmettre directement à l'adresse suivante : PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca.

Information pour la soumission : Veuillez mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement et transmettre votre manuscrit par courriel à l'adresse PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca. Cet appel demeure valide tant qu'un nouvel avis n'a pas été publié.

Échéance pour les soumissions : Ouvert jusqu'à nouvel ordre.

