

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 43 • numéro 4 • avril 2023

Dans ce numéro

Recherche qualitative originale

- 169** Recommandations pour le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le genre : points de vue de dirigeants, de fournisseurs de services et de survivantes dans la plus grande ville du Canada pendant la pandémie de COVID-19

Recherche quantitative originale

- 188** Isolement social, solitude et santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19
- 201** Accès à du soutien en santé mentale, besoins non comblés et préférences en la matière chez les adolescents au cours de la première année de la pandémie de COVID-19
- 211** Association entre l'exposition annuelle à la pollution atmosphérique et la pression artérielle systolique chez des adolescents à Montréal (Canada)

Lettre à la rédaction

- 220** Ce dont nous avons besoin, c'est d'une santé publique politico-économique
- 222** À propos du commentaire « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies »
- 223** Réponse des auteurs aux lettres à la rédaction à propos du commentaire « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies »

Addenda et Note de l'éditeur

- 225** Recommandations pour le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le genre : points de vue de dirigeants, de fournisseurs de services et de survivantes dans la plus grande ville du Canada pendant la pandémie de COVID-19

Annonce

- 226** Congrès mondial des maladies non transmissibles 2023
- 227** Appel à contributions : La prescription sociale au Canada
- 228** Autres publications de l'ASPC

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Marie DesMeules, M. Sc.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Margaret de Groh, Ph. D.
Rédactrice scientifique en chef déléguée

Tracie O. Afifi, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

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

Justin J. Lang, 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.C., 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

Nicolas Fleet, B. Sc. Soc.
Adjoint à la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Vanessa de Rubeis, Ph. D.
Rédactrice subalterne

Aathavan Uruthirapathy
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

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Agence de la santé publique du Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

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

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Leonard Jack, Jr, 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 le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2023

ISSN 2368-7398

Pub. 220502

HPCDP.journal-revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html>

Recherche qualitative originale

Recommandations pour le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le genre : points de vue de dirigeants, de fournisseurs de services et de survivantes dans la plus grande ville du Canada pendant la pandémie de COVID-19

Alexa R. Yakubovich, Ph. D. (1,2,3); Bridget Steele, M. Sc. (4); Catherine Moses, M.P.H. (5,6); Elizabeth Tremblay (5,7); Monique Arcenal, B.A. (2,5); Patricia O'Campo, Ph. D. (2,6); Robin Mason, Ph. D. (6,8); Janice Du Mont, D. Éd. (6,8); Maria Huijbrechts, Ph. D. (9,10); Lauren Hough, M.A. (11); Amanda Sim, Ph. D. (12); Priya Shastri, M. Sc. (5,7)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Voir l'Addenda et Note de l'éditeur <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.08f>

(Publié en ligne le 18 janvier 2023)

Résumé

Introduction. Le gouvernement canadien s'est engagé à mettre en œuvre un Plan d'action national pour mettre fin à la violence envers les femmes. Toutefois, aucun plan officiel de mise en œuvre n'a été publié. En nous appuyant sur les recommandations déjà formulées et les consultations réalisées, nous avons effectué la première analyse qualitative officielle révisée par des pairs des points de vue de dirigeants, de fournisseurs de services et de survivantes quant aux éléments qui devraient être pris en compte dans le PAN visant à lutter contre la violence envers les femmes.

Méthodologie. Nous avons réalisé une analyse thématique des données qualitatives de 18 employés des services de lutte contre la violence envers les femmes (11 offrant un soutien direct, 7 occupant un poste de direction) et 10 survivantes à la violence envers les femmes ayant participé à une étude communautaire sur les programmes de lutte contre la violence envers les femmes pendant la pandémie de COVID-19 dans la région du Grand Toronto (Ontario, Canada).

Résultats. Nous avons formulé 12 recommandations relatives au Plan d'action national pour mettre fin à la violence envers les femmes, recommandations que nous avons organisées selon quatre domaines thématiques : 1) investir dans les services de lutte contre la violence envers les femmes et de soutien en cas de crise (par exemple renforcer les mécanismes de référencement vers les programmes de lutte contre la violence envers les femmes); 2) améliorer les services de soutien structureux (par exemple investir dans l'ensemble du secteur du logement pour les survivantes à la violence envers les femmes); 3) élaborer des systèmes coordonnés (par exemple renforcer la collaboration entre le système de santé et le système de lutte contre la violence envers les femmes) et 4) mettre en œuvre et évaluer les stratégies de prévention primaire (par exemple mener une analyse intersectionnelle et tenir compte du genre à propos des politiques sociales et publiques mises en place).

[Suite du résumé à la page suivante](#)

Points saillants

- Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé pour la première fois les points de vue de dirigeants et de fournisseurs de services de lutte contre la violence envers les femmes ainsi que de survivantes à la violence envers les femmes dans la région du Grand Toronto pendant la pandémie de COVID-19 afin de formuler des recommandations à l'intention du gouvernement fédéral au sujet du plan d'action national proposé pour mettre fin à la violence envers les femmes.
- Nous avons formulé 12 recommandations pour le plan d'action national du Canada et avons organisé celles-ci selon quatre thèmes : 1) investissement direct dans les services de lutte contre la violence envers les femmes et de soutien en cas de crise; 2) amélioration équitable du logement et d'autres services de soutien structureux; 3) coordination stratégique des systèmes de santé, de justice et d'aide sociale et 4) mise en œuvre et évaluation des stratégies de prévention primaires, en particulier une réforme pour des politiques transformatrices de genre.

Rattachement des auteures :

1. Department of Community Health and Epidemiology, Dalhousie University, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
2. Centre MAP pour des solutions de santé urbaine, St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario), Canada
3. Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
4. University of Oxford, Oxford, Royaume-Uni
5. Woman Abuse Council of Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto (Ontario), Canada
7. Toronto Region Violence Against Women Coordinating Committee, Toronto (Ontario), Canada
8. Women's College Research Institute, Women's College Hospital, Toronto (Ontario), Canada
9. Family Service Toronto, Toronto (Ontario), Canada
10. Department of Physical Therapy, Temerty Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto (Ontario), Canada
11. Ontario Brain Injury Association, Toronto (Ontario), Canada
12. Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Alexa Yakubovich, 5790, University Avenue, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1V7; tél. : 902-494-3860; courriel : alexa.yakubovich@dal.ca

Conclusion. Dans le cadre de cette étude, nous avons formulé des recommandations, les avons classées par ordre de priorité et avons nuancé les recommandations déjà émises pour le Plan d'action national pour lutter contre la violence envers les femmes en nous fondant sur une analyse rigoureuse des points de vue de survivantes à la violence envers les femmes et d'employés luttant contre la violence envers les femmes dans la plus grande ville au Canada pendant la pandémie de COVID-19. Un plan efficace nécessite des investissements dans les organismes offrant un soutien direct; un accès au logement équitable ainsi que d'autres services de soutien structurel; une coordination stratégique des systèmes de santé, de justice et sociaux et enfin des stratégies de prévention primaires, en particulier une réforme pour des politiques transformatrices de genre.

Mots-clés : violence conjugale, politique, gouvernement fédéral, Canada, Ontario

Introduction

La violence envers les femmes fondée sur le genre (« violence envers les femmes ») est une forme de violence, réelle ou sous forme de menace, physique, psychologique, économique ou sexuelle qui est perpétrée de façon disproportionnée contre les femmes ou infligée parce que la victime est une femme^{1,2}. La forme plus courante de violence envers les femmes est la violence conjugale³. Au Canada, on estime que 44 %, soit 6,2 millions de femmes âgées de 15 ans ou plus, ont été victimes de violence conjugale au cours de leur vie⁴. La violence envers les femmes, en particulier la violence conjugale, est l'un des principaux déterminants des blessures et des maladies chez les femmes et peut, dans le pire des cas, causer la mort⁵⁻⁷. La pandémie de COVID-19, en particulier les interdictions connexes (confinements, quarantaines, isolement et distanciation sociale) et les répercussions socioéconomiques (perte d'emploi, détresse psychologique, précarité liée au logement, etc.), a entraîné une augmentation du taux d'incidence et de la gravité de la violence envers les femmes et a créé ou exacerbé les obstacles à l'accès et à la prestation de services de soutien⁸⁻¹¹.

Depuis plus de trente ans, les intervenants canadiens demandent la mise en œuvre d'un plan d'action national (PAN) visant à mettre fin à la violence envers les femmes^{12,13} afin de satisfaire aux obligations internationales du Canada en matière de droits de la personne¹⁴. L'objectif du PAN consiste à créer l'infrastructure politique, législative, financière et de recherche nécessaire pour soutenir la prise de mesures durables et coordonnées entre tous les ordres de gouvernement, la société civile et les autres intervenants pertinents afin de prévenir plus efficacement la violence envers les femmes. Au

moment de la rédaction de ce manuscrit, seule une « stratégie pour prévenir et contrer la violence fondée sur le genre » a été mise en œuvre au Canada, et cette dernière concerne uniquement des ministères fédéraux¹². En parallèle, les provinces et les territoires disposent de leurs propres lois et politiques, diversifiées et parfois incohérentes, en matière de lutte contre la violence envers les femmes (ce qui inclut, par exemple, des définitions différentes au sein des administrations et entre celles-ci de ce qui constitue la violence envers les femmes) et ce point doit être pris en compte dans un PAN efficace¹⁵. En 2022, le gouvernement fédéral a inclus dans son budget un investissement de 600 millions de dollars canadiens sur cinq ans pour élaborer et mettre en œuvre un PAN visant à mettre fin à la violence fondée sur le genre et, avec l'approbation des ministres provinciaux et territoriaux, a publié un cadre de haut niveau énonçant les « possibilités d'action ». Bien qu'il s'agisse d'une première étape importante, ce document a fait l'objet de critiques car il présente uniquement un ensemble optionnel d'actions envisageables par les provinces et les territoires plutôt que des engagements à tenir, et ce, sans directive pour les organismes fédéraux ou nationaux¹⁶. De ce fait, la question des modalités et du contenu du PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes demeure ouverte.

Plusieurs consultations ont été organisées avec des experts (survivantes, employés, intervenants, chercheurs universitaires du domaine de la violence envers les femmes, etc.) au fil des années afin de déterminer quelles mesures devraient être incluses dans le PAN proposé. Plus récemment, le ministère de la Condition féminine et de l'Égalité des genres (CFEG) du gouvernement fédéral a financé Hébergement femmes Canada afin de créer une feuille de route pour l'élaboration et la mise en

œuvre du PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes du Canada à partir d'une liste de 646 recommandations tirées de précédents rapports, de documents stratégiques et d'autres sources¹³. Ces recommandations ont été réparties en quatre piliers thématiques, chacun ayant été assigné à un groupe de travail composé d'intervenants, de fournisseurs de services, de dirigeants et de chercheurs du domaine de lutte contre la violence envers les femmes afin de les évaluer, de les modifier et de les classer par ordre de priorité. Le rapport final comprend 100 recommandations générales, réparties en quatre piliers : 1) environnement propice et infrastructure sociale, 2) prévention, 3) promotion de systèmes juridique et judiciaire adaptés et 4) soutien aux survivantes et à leur famille. Le rapport fait également état du besoin d'élaborer un cadre intersectionnel féministe de surveillance et d'évaluation pour le PAN et traite également des implications des différences législatives en ce qui concerne les définitions de l'expression « violence envers les femmes » dans les administrations canadiennes. Les auteurs recommandent notamment un renforcement de la mobilisation impliquant les survivantes à la violence envers les femmes (elles ne faisaient pas partie des groupes de travail), des experts du secteur et des intervenants dans l'élaboration et l'évaluation du PAN sur le long terme.

Nous nous sommes efforcées dans cette étude de tirer profit de ce travail fondamental. Nous avons réalisé la première (à notre connaissance) analyse qualitative officielle révisée par des pairs des points de vue de dirigeants, de fournisseurs de services et de survivantes quant à ce qui devrait être pris en compte dans la conception et la mise en œuvre du PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes. Nous visons à accroître la transparence et la rigueur de nos conclusions ainsi que l'étendue de l'information qui sous-tend nos recommandations. En raison de ressources limitées, les consultations antérieures ont mis l'accent sur les recommandations des participants au sujet du PAN sans laisser de place aux témoignages d'expériences en matière de violence envers les femmes, d'accès aux services ou de travail dans ce secteur en général. Ces expériences sont pourtant susceptibles de nous permettre d'en savoir plus sur les facteurs les plus importants à prendre en compte dans une politique visant à mettre fin à la violence envers les

femmes. Nous avons utilisé des données d'une étude du secteur de la lutte contre la violence envers les femmes à Toronto, la plus grande ville au Canada, pendant la pandémie de COVID-19 afin d'élaborer, de nuancer et de classer par ordre de priorité les recommandations pour le PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes, le tout avec un œil critique. La pandémie de COVID-19 a changé le paysage de la violence envers les femmes et a exacerbé les défis déjà présents, mais a aussi créé de nouvelles opportunités pour adopter des politiques et des pratiques transformatrices, faisant de cette période un moment charnière pour revoir nos priorités et cibler les occasions d'innovation.

Méthodologie

Approbation éthique

Le comité d'éthique de la recherche de l'Unity Health Toronto (REB#20-124) et le comité d'éthique de la recherche de Dalhousie University (REB#2022-6275) ont approuvé cette étude.

Collecte de données et analyse

Des données qualitatives ont été recueillies d'avril à septembre 2021 dans le cadre d'une étude communautaire à méthodes mixtes sur les processus, les expériences et les résultats de l'adaptation des programmes de lutte contre la violence envers les femmes pendant la pandémie de COVID-19 en collaboration avec 42 organismes de lutte contre la violence envers les femmes dans la région du Grand Toronto (étude MARCO-VAW)¹¹. Les codigeantes de l'étude (ARY, chercheure universitaire sur la violence envers les femmes et PS, chercheure communautaire sur la violence envers les femmes) et trois pairs chercheuses (femmes ayant subi des actes de violence fondée sur le genre et ayant suivi une formation sur les méthodes de recherche sur la violence envers les femmes¹⁷) ont mené des entrevues, généralement en équipe de deux. Les participants admissibles étaient soit des employés offrant un soutien direct ou occupant un poste de direction travaillant dans un service de lutte contre la violence envers les femmes (« employés luttant contre la violence envers les femmes ») de la région du Grand Toronto depuis le 11 mars 2020, soit des femmes adultes ayant fait appel à au moins un service de violence envers les femmes dans la région du Grand Toronto depuis le 11 mars 2020

(« survivantes »). Nous avons considéré que tout service et programme conçu pour appuyer les survivantes à la violence envers les femmes était pertinent dans le cadre de l'étude, afin d'élargir la portée de notre analyse et de nos conclusions (tableau 1). Les participants ont fourni leur consentement éclairé par courriel avant les entrevues et nous avons utilisé des services d'interprétation lorsque les participants ne se sentaient pas à l'aise pour communiquer en anglais. Nous avons offert aux participants une compensation financière de 40 \$ après leur entrevue.

Nous avons choisi les participants employés à partir du cadre d'échantillonnage plus large de l'étude en fonction de facteurs personnels (ethnicité, « race », âge, années d'expérience, etc.), des types de services de lutte contre la violence envers les femmes pour lesquels ils travaillaient et des populations habituellement desservies. Nous avons recruté les participantes survivantes en utilisant les contacts des membres du personnel de nos réseaux de collaboration afin de recueillir de l'information auprès d'un échantillon représentatif en fonction de facteurs personnels et des types de services utilisés. En échantillonnant ainsi les survivantes et les employés, nous visons à dresser le portrait d'expériences 1) de formes différentes et croisées de marginalisation et 2) de la diversité des pratiques et des programmes de lutte contre la violence envers les femmes. Avec l'aide des membres du personnel, nous nous sommes assurées que les survivantes étaient dans un espace de sécurité physique et mentale suffisant pour participer (déterminé par le personnel et lors des vérifications de l'enquêtrice)^{17,18}. Nous avons fourni aux survivantes, après leur entrevue, une liste des ressources en santé mentale liées à la violence envers les femmes. Les entrevues ont été menées et enregistrées sur Zoom (Zoom Video Communications, Inc., San Jose, Californie, États-Unis) et ont été transcrites textuellement au moyen de Trint (Trint Ltd., Toronto, Ontario, Canada). Au moins deux assistantes de recherche ont vérifié chaque transcription pour en assurer l'exactitude et ont supprimé tout renseignement permettant d'identifier les participantes. Les enquêtrices ont pris des notes de recherche et ont fait le bilan après chaque entrevue.

Nous avons utilisé une méthode d'analyse thématique réflexive, qui reconnaît la

subjectivité des chercheurs et en tient compte, encourage l'utilisation de pratiques de codification flexibles et met l'accent sur une utilisation itérative et en profondeur des données¹⁹. Nos entrevues étaient semi-structurées et les guides en sont disponibles en ligne¹¹. Dans cette analyse, nous avons mis l'accent sur les données relatives aux lacunes en matière de politiques et de pratiques ainsi que sur les données recueillies en réponse aux questions ci-dessous.

Le Canada investit actuellement 600 millions de dollars canadiens sur cinq ans pour prévenir la violence fondée sur le genre selon les termes du Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le genre, ce qui inclut des fonds pour améliorer la capacité des organismes de lutte contre la violence envers les femmes, les organismes autochtones de femmes et une ligne d'aide en cas de crise.

- Selon vous, que faudrait-il inclure dans ce plan?
- Quels changements immédiats devraient être apportés pour mieux lutter au Canada contre la violence envers les femmes?
- Quels changements à long terme devraient être apportés en premier lieu pour prévenir la violence envers les femmes?

Quatre chercheuses ont collaboré à l'analyse des données, dont trois également enquêtrices. L'équipe responsable de l'analyse a d'abord codé les mêmes deux transcriptions d'entrevue et les membres se sont rencontrés pour discuter de ce premier codage afin d'intégrer des points de vue diversifiés en matière de priorités et de relever les données pertinentes. Chaque analyste était responsable d'un sous-ensemble de l'ensemble de données pour en réaliser le codage inductif. Les analystes se sont rencontrés régulièrement pour discuter du processus de codage. Une fois toutes les données codées, chaque analyste a codé en double une part de l'ensemble de données pour évaluer les possibilités d'ajouter ou de peaufiner les codes et intégrer d'autres perspectives. Deux chercheuses ont ensuite lu chaque code pour préparer une première synthèse des données les plus remarquables en vue des recommandations pour le PAN.

Nous avons formulé des recommandations en fonction des tendances observées dans les données et nous avons élaboré un cadre thématique pour synthétiser les relations entre ces tendances. Pour raffiner et mettre en perspective notre cadre de recommandations, nous avons fait référence aux rapports disponibles sur le PAN et à la documentation théorique et empirique sur la prévention de la violence envers les femmes. Notre analyse a été guidée par une perspective féministe critique visant à identifier les façons dont les expériences et les pensées des participantes sont la preuve de la manière dont les structures sociétales désavantagent les femmes au carrefour de différentes identités sociales et les façons dont le PAN peut gérer cet enjeu²⁰⁻²². L'équipe responsable de l'analyse a régulièrement fait le point avec l'équipe de recherche, un groupe consultatif composé de dirigeants et d'intervenants dans le domaine de la lutte contre la violence envers les femmes, afin

d'obtenir des rétroactions, et ce, grâce à des réunions et des événements d'échange de connaissances. Nous avons sélectionné plusieurs citations pour soutenir notre analyse et nous avons inclus le numéro d'identification de chaque participant anonymisé afin de mettre en perspective l'éventail des données et d'en montrer la portée.

Résultats et analyse

Le tableau 1 résume les caractéristiques de notre échantillon concernant les membres du personnel (n = 18) et les survivantes (n = 10). La plupart des membres du personnel et des survivantes se sont définies comme des personnes racialisées (le plus souvent noires, latino-américaines ou asiatiques du Sud ou du Sud-Est) et étaient des femmes cis-génères et hétérosexuelles. Près de la moitié des participants étaient nés à l'extérieur du Canada. La plupart des survivantes

n'avaient pas d'emploi et leur revenu annuel était inférieur à 20 000 dollars canadiens. Les services pour lesquels les membres du personnel travaillaient et auxquels les survivantes ont fait appel pendant la pandémie étaient variés : santé mentale, refuges, protection de l'enfance, soins de santé, logement de transition, soutien juridique et réduction des méfaits, et ce, dans des organismes généraux comme communautaires. Voici la synthèse des quatre thèmes et des recommandations correspondantes formulées lors de notre analyse.

Investir dans les services de lutte contre la violence envers les femmes et augmenter l'accès aux services de soutien en cas de crise

L'accès aux services de soutien en cas de crise pour les femmes victimes de violence s'est révélé une préoccupation commune chez les membres du personnel et

TABLEAU 1
Caractéristiques sommaires de l'échantillon d'entrevue de l'étude MARCO-VAW

Caractéristiques sociodémographiques	N (%) ou M (IIQ)	
	Personnel (n = 18)	Survivantes (n = 10)
Âge (années)	47 (40 à 56)	43 (36 à 50)
Identité ethnique / « raciale »^a		
Blanc	7 (36 %)	3 (30 %)
Noir	4 (21 %)	2 (20 %)
Latino-américain	3 (16 %)	2 (20 %)
Asiatique du Sud ou du Sud-Est	2 (11 %)	3 (30 %)
Moyen-Oriental	2 (11 %)	0 (0 %)
Autre : Juif	1 (5 %)	0 (0 %)
Identité de genre		
Femme cis	18 (95 %)	9 (90 %)
Homme cis	1 (5 %)	0 (0 %)
Genre mixte ^b	0 (0 %)	1 (10 %)
Identité sexuelle		
Hétérosexuel(le)	15 (79 %)	8 (80 %)
Gai ou lesbienne	1 (5 %)	0 (0 %)
Bisexual(le)	2 (11 %)	1 (10 %)
Autre (p. ex. queer, incertain ou en questionnement)	1 (5 %)	1 (10 %)
Pays de naissance		
Canada	9 (47 %)	5 (50 %)
Autre	10 (53 %)	5 (50 %)
Revenu total du ménage^c		
< 20 000 CAD	—	9 (90 %)
De 20 000 à 50 000 CAD	—	1 (10 %)
Emploi^d		
Sans emploi	—	6 (60 %)
Emploi rémunéré occasionnel	—	3 (30 %)
Soignant	—	1 (10 %)
Plus haut niveau de scolarité atteint^e		
École secondaire	—	1 (10 %)
Certificat ou diplôme d'une école de métier ou d'un collège	—	7 (70 %)
Certificat ou diplôme d'une université	—	2 (20 %)

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques sommaires de l'échantillon d'entrevue de l'étude MARCO-VAW

Type de travail ou accès en lien avec la lutte contre la violence envers les femmes	Membre du personnel		Survivantes (n = 10) ^d
	Direction (n = 7)	Soutien direct (n = 11)	
Organisme de lutte contre la violence envers les femmes			
Général	4 (57 %)	8 (73 %)	10 (100 %)
Communautaire ^e	3 (43 %)	3 (27 %)	4 (40 %)
Service de lutte contre la violence envers les femmes			
Résidentiel	2 (29 %)	6 (55 %)	8 (80 %)
Non résidentiel	5 (71 %)	5 (45 %)	10 (100 %)
Programme de lutte contre la violence envers les femmes^f			
Santé mentale, counseling, soutien en cas de crise, gestion des cas	—	3 (27 %)	10 (100 %)
Refuge	—	2 (18 %)	8 (80 %)
Soutien au logement de transition (de deuxième étape)	—	4 (36 %)	4 (40 %)
Sociétés d'aide à l'enfance	—	0 (0 %)	6 (60 %)
Intervention auprès des partenaires usant de violence	—	1 (9 %)	0 (0 %)
Autre :			
Soins de santé	—	1 (9 %)	5 (50 %)
Réduction des méfaits	—	0 (0 %)	1 (10 %)
Représentation et soutien juridiques	—	1 (9 %)	4 (40 %)

Source des données : Étude MARCO-VAW 2021¹¹.

Abréviations : IIQ, intervalle interquartile; M, moyenne.

^a La question d'enquête évaluait l'identité ethnique et l'identité « raciale » en fonction des Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme systémique du Gouvernement de l'Ontario.

^b Comprend tous les participants qui ont déclaré les identités de genre suivantes : a) fluide, non binaire, allosexuel ou asexué; b) autochtone ou autre identité culturelle (p. ex. bispirituel); c) homme transsexuel; d) femme transsexuelle. Nous avons rassemblé ces catégories pour éviter toute identification possible des employés participants du domaine de la violence envers les femmes en raison des effectifs faibles d'employés de genre mixte dans le secteur de la violence envers les femmes de la ville.

^c Uniquement demandé aux survivantes.

^d Les lignes pour chaque variable ne s'additionnent pas pour totaliser 100 % puisque toutes les survivantes ont accédé à plusieurs types de service de lutte contre la violence envers les femmes pendant la pandémie.

^e Les organismes communautaires incluent les organismes adaptés à la langue et à la culture.

^f Seuls les employés offrant un soutien direct ont été invités à indiquer leur spécialisation. Dans la plupart des cas, les dirigeants étaient responsables de la direction, de la gestion ou de la supervision de l'ensemble d'un service ou d'un organisme de lutte contre la violence envers les femmes. Les spécialisations ne s'additionnent pas pour totaliser 100 % puisqu'un participant travaillait à la fois pour un service de soutien au logement de transition et un service de counseling.

les survivantes. Plusieurs survivantes ont recommandé un investissement pour accroître la sensibilisation du public aux services de soutien en cas de crise liée à la violence envers les femmes (voir tableau 2, sous-thème A [appelé « tableau 2A » dans la suite du texte], survivante C80).

Le point central des recommandations des survivantes au sujet de l'augmentation de la sensibilisation du public est que les femmes seront plus susceptibles de demander de l'aide si elles réalisent que leur expérience est imprégnée de violence. Par exemple, les commentaires de la survivante C78 (tableau 2A) contiennent plusieurs idées pour sensibiliser le public, spécialement à destination des femmes vivant avec un agresseur (comme diffuser de l'information à la radio ou dans les épiceries, les parcs, les centres d'achats, les buanderies). Cette participante souligne que l'information publique peut constituer une première étape pour briser le cycle de contrôle des agresseurs, dénormaliser la violence envers les femmes

pour les survivantes (« nous ne sommes pas folles ») et leur donner la possibilité d'obtenir de l'aide (« nous avons des options »). Ces idées sont confirmées par les données probantes dont on dispose : l'absence de sensibilisation à la violence conjugale et à ce qui constitue un acte violent et l'absence de ressources disponibles constituent les plus grands obstacles empêchant les survivantes d'obtenir de l'aide²³.

L'importance de dénormaliser la violence envers les femmes au moyen de campagnes publiques a également été soulignée par les employés. Par exemple, le dirigeant P5 (tableau 2A) souligne que l'information publique sur la violence envers les femmes aidera non seulement les survivantes accédant à ces services mais aussi les membres de la collectivité, les groupes et les organismes à comprendre la violence envers les femmes et à diriger les survivantes vers les services disponibles (en plus de fournir du soutien social informel). En effet, la recherche

évaluative suggère que les campagnes d'information devraient être à long terme et réunir plusieurs intervenants afin de transformer le discours public et les normes sociales en ce qui concerne le genre et la violence²⁴. Pour éviter les préjudices involontaires, les campagnes devraient utiliser des définitions inclusives de la violence conjugale (qui seraient appuyées par une définition statutaire de la violence conjugale dans le PAN⁹) et éviter un langage ou des images traumatisants ou stigmatisants^{25,26}.

Les campagnes d'information à elles seules ne sont toutefois pas suffisantes²⁴ : les membres du personnel ont décrit plusieurs innovations mises en œuvre pendant la pandémie afin d'élargir l'accès aux services de soutien en cas de crise ou ont formulé des recommandations afin que ces services soient désormais plus accessibles. Il s'agit de la ligne nationale de crise pour coordonner la liste de coordonnées des services de soutien provinciaux (P5), des services de dialogue virtuels (en

TABLEAU 2
Sous-thèmes avec exemples de données pour le thème 1 :
investir dans les services de lutte contre la violence envers les femmes et augmenter l'accès aux services de soutien en cas de crise

Sous-thème	Exemple de données	
	Participant	Extrait
A. Sensibilisation de la population à la violence envers les femmes et aux services de soutien en cas de crise disponibles pour augmenter l'accès aux services et dénormaliser la violence envers les femmes	Survivante C80	Selon ce que je sais, peu de gens, mis à part les femmes victimes, connaissent ce type de service communautaire. [...] Je crois que la chose la plus importante à faire est de promouvoir ce service et d'annoncer qu'elles peuvent avoir accès à ce service.
	Survivante C78	Ils pourraient faire en sorte que cette information soit plus facile d'accès. Vous savez, parce que quand on vit dans cette situation, on est parfois, on est isolée. [...] Donc je pense que ce serait bien si on pouvait entendre cette information, peut-être que tu écoutes la radio et que tu peux l'entendre. [...] Si tu es à l'épicerie, peut-être qu'il pourrait y avoir une affiche disant « Si vous vivez dans cette situation, composez ce numéro. Vous n'êtes pas seule. » [...] Nous allons au centre d'achats parfois, nous allons au parc avec nos enfants. Nous faisons notre lavage. [...] Je veux dire, nous devons savoir que nous ne sommes pas seules et que nous ne sommes pas folles, n'est-ce pas? Parce qu'ils [les agresseurs] disent « Oh, tu es folle. Tu te fais des idées. » Mais on a besoin de savoir que nous avons des options, n'est-ce pas?
	Dirigeant P5	Plus il y aura de gens qui comprennent la violence envers les femmes – que ce soit par exemple un non-spécialiste, le groupe religieux local ou un organisme communautaire – plus il y aura de gens qui comprennent la violence envers les femmes, plus il sera facile d'offrir à ces femmes le soutien dont elles ont besoin.
B. Enjeux liés aux mécanismes de référencement et à la prestation de soutiens généraux dans le domaine de la violence envers les femmes	Employé offrant un soutien direct P95	[Les référencement] définitivement été un défi pour nous puisque souvent, même l'information sur les sites Web des différents organismes n'avait pas été systématiquement mise à jour et n'indiquait pas exactement quels services étaient encore offerts ou comment ils étaient offerts. Selon moi, la façon de réellement éliminer cet obstacle, autant que possible, est en fait d'utiliser les bons vieux moyens traditionnels, d'appeler les gens et d'appeler ces organismes et d'être capable d'avoir une discussion officielle avec le responsable d'un programme ou un responsable de l'inscription d'un autre organisme pour vérifier si le service est encore offert. Nous pourrions ainsi facilement indiquer à leurs clients ce que nous avons à offrir.
	Dirigeant P38	Il serait bon d'avoir un genre de point de contact, qui dirait « Les refuges sont ouverts ici. » [...] Parce qu'à un moment donné, nous ne pouvions même pas entrer en contact avec [la ligne d'aide en cas de crise pour la violence envers les femmes de l'Ontario].
	Dirigeant P109	Je parlais du continuum de services pour [notre communauté], c'est que certaines choses requièrent les services d'un interprète. [...] Il existe déjà un grand manque [de services pour ma communauté]. Mais si on additionne tout ça, la plupart des services ne sont plus offerts en personne, ils sont maintenant virtuels. [...] Nous avons fait quelques référencement il y a un an pour lesquels nous n'avons toujours pas eu de réponse. [...] Les référencement prennent déjà du temps, mais ils prennent encore plus de temps qu'avant.
	Survivante C73	Je ne sais plus combien de fois mes enfants ont dû entendre mon histoire et, pour être franche, je me sentais vraiment nulle. J'aurais aimé que mes enfants n'aient pas à en entendre autant, mais je n'avais pas d'autre choix.
	Survivante C80	Quand j'ai voulu m'adresser à la communauté canadienne, je me demandais toujours si je serais capable de communiquer mon message avec exactitude. [...] Ce n'est pas tout le monde qui parle [...] anglais parfaitement. Aussi, pour ce qui est de la culture, je ne comprends pas la culture des autres. Comment peuvent-ils comprendre ma culture?
C. Avantages d'un financement flexible pour fournir des services de soutien généraux	Dirigeant P137	C'est probablement ce qui constitue la plus grande aide parce que [les clients] n'ont pas à manger des ordures [avant que nous puissions les aider]. Et ils pourraient dire, vous savez, « trop d'argent pour ça, mais pas assez d'argent pour ça ». Nous pouvons offrir des vêtements. Nous pouvons offrir de l'argent pour des activités estivales. Nous pouvons fournir des ordinateurs. Nous pouvons fournir des manteaux d'hiver. Nous pouvons faire des améliorations. Nous pouvons donc offrir un soutien très concret.
D. Lacunes en services de soutien tenant compte des traumatismes et spécialisés en santé mentale	Dirigeant P110	En ce qui concerne les services tenant compte des traumatismes, comme le traitement des traumatismes, j'aimerais avoir, pouvoir fournir ce service, mais ça demande un ensemble spécifique de compétences que nous n'avons pas ici. [...] Je n'ai pas les moyens de payer des employés possédant ces compétences.
	Employé offrant un soutien direct P103	De la vraie thérapie offerte aux gens à un taux raisonnable – vous n'avez pas besoin d'être riche pour vous payer une vraie thérapie [ou d'avoir] des avantages sociaux pour la payer, parce que la plupart de nos clients n'ont pas ces moyens.
	Survivante C76	Le stress au début de la pandémie a été extrêmement difficile pour moi. [...] Ça a aussi aggravé mon trouble de l'alimentation parce que je ne pouvais rien faire. [...] J'aurais aimé qu'il y ait un meilleur accès pour les personnes ayant des troubles mentaux avant la pandémie.

ligne et message texte) (P38) et du renforcement des voies d'aiguillage entre les diverses lignes en cas de crise et les autres organismes de lutte contre la violence envers les femmes afin de fournir des services de soutien immédiats et permanents à celles se trouvant en situation de risque élevé ou ne vivant pas dans un refuge pour victimes de violence envers les femmes (P68).

Le renforcement des voies d'aiguillage s'est avéré un défi important en matière de mise en œuvre des services de lutte contre la violence envers les femmes, défi encore exacerbé par la pandémie, et plusieurs employés ont mentionné clairement les difficultés à diriger les clients vers des services par l'entremise des mécanismes de référencement en matière de lutte contre la violence envers les femmes (voir tableau 2B, employé offrant un soutien direct P95). Parmi ces difficultés, notons en particulier l'offre d'un logement ou du soutien juridique aux survivantes (les temps d'attente ont grandement augmenté en raison respectivement du manque de ressources et des tribunaux fermés) ainsi que l'incertitude entourant quels services étaient encore offerts et disponibles. Les employés ont également souligné la nécessité d'augmenter les investissements dans un processus systématique et centralisé de référencement afin d'atténuer ces défis lors des prochaines urgences (voir tableau 2B, dirigeant P38).

De plus, plusieurs organismes de lutte contre la violence envers les femmes, dans le cadre de leur pratique normale, réfèrent les survivantes à des services ou programmes communautaires afin de répondre aux divers besoins de celles-ci. Lorsque ces services ont été interrompus ou qu'ils ont fonctionné à capacité réduite pendant la pandémie, certains de ces organismes n'avaient pas la capacité d'offrir aux survivantes des services généraux à l'interne. Le dirigeant P109 (tableau 2B) a fourni un exemple de la façon dont les défis liés aux référencement ont été encore plus éprouvants pour les services communautaires, dont le bassin déjà limité de fournisseurs potentiels est devenu encore plus limité en raison de la pandémie et de la transition vers des services virtuels. Les survivantes ont fortement ressenti cette perte. De manière similaire aux commentaires du participant P109, les survivantes ont mentionné avoir été touchées négativement par l'absence de programmes pour les enfants (voir

tableau 2B, survivante C73) et de services d'interprétation et adaptés à la culture (voir tableau 2B, survivante C80).

Pour qu'on soit assuré que les organismes de lutte contre la violence envers les femmes peuvent offrir des services de soutien généraux pour répondre de façon continue aux divers besoins des survivantes, même pendant une pandémie, il va falloir un financement accru afin d'augmenter les effectifs, la formation et l'infrastructure dans le domaine de la lutte contre la violence envers les femmes. Les employés qui ont formulé des commentaires positifs sur le financement pendant la pandémie ont souvent souligné les avantages des bailleurs de fonds qui permettent aux organismes d'utiliser leurs fonds comme ils le souhaitent pour réagir aux conditions pandémiques. Par exemple, comme le dirigeant P137 (tableau 2C) l'explique, un financement souple permet aux employés de mieux répondre aux besoins des survivantes pendant une période difficile. Toutefois, les organismes de lutte contre la violence envers les femmes ont besoin de suffisamment de fonds pour user de conditions souples. Au sein des employés, ce point a été le plus souvent soulevé pour les organismes de lutte contre la violence envers les femmes offrant plusieurs services bénéficiant de plus grands bassins de dons de charité et privés, ce qui fait ressortir l'insuffisance du financement public dans la lutte contre la violence envers les femmes.

Selon les participants, l'un des principaux domaines pour lequel les organismes de lutte contre la violence envers les femmes ont besoin d'un financement accru est celui des services de soutien spécialisés en santé mentale fondés sur le traumatisme (voir tableau 2D, dirigeant P110). Les participants ont souligné que les traumatismes des survivantes ont été exacerbés par la pandémie, et un plus grand nombre de survivantes ont fait état d'actes de violence plus graves, de situations plus risquées (par exemple d'isolement avec un agresseur, d'un manque complet d'accès à des ressources financières) et un stress lié à la COVID-19 (par exemple les enfants à la maison, la peur de la maladie) – des facteurs qui ont tous été mentionnés dans d'autres recherches récentes⁸. Pour bien gérer le fardeau actuel et plus lourd de santé mentale chez les survivantes à la violence envers les femmes, un plus grand nombre de portefeuilles de financement de la lutte contre la violence

envers les femmes est nécessaire afin de recruter les experts requis au sein des effectifs du domaine de la violence envers les femmes, et ce, afin d'être en mesure d'offrir des services de soutien en santé mentale (c.-à-d. en s'assurant que les employés en poste aient accès à la formation appropriée ou en embauchant des employés possédant les qualifications nécessaires). Comme l'ont souligné avec insistance les employés comme les survivantes, sans investissement plus important et surtout plus *durable*, l'accès aux soins de santé mentale spécialisés demeurera inéquitable (voir tableau 2D, employé offrant un soutien direct P103 et survivante C76), comme c'est actuellement le cas pour l'accès aux services de santé mentale en général²⁷.

Améliorer les services de soutien structuraux pour lutter contre la violence envers les femmes

Les récits et les recommandations des participants ont souligné l'importance d'élaborer une infrastructure et des volets de financement au sein du PAN afin de renforcer le secteur du logement, spécialement pour les survivantes à la violence envers les femmes – des refuges d'urgence au logement supervisé à long terme²⁸. Des lacunes étaient déjà présentes, mais elles ont été exacerbées par la pandémie, sans compter les défis supplémentaires relatifs aux voies d'aiguillage et à la disponibilité réduite des refuges et des logements abordables.

Les employés comme les survivantes ont mentionné le rôle essentiel des refuges d'urgence en cas de violence envers les femmes pour aider les femmes fuyant une situation de violence et ont fait état de la frustration de ne pas toujours pouvoir accéder à ces services. Deux participantes ont dû se rendre dans des refuges pour sans-abri de la ville plutôt que dans des refuges pour victimes de violence envers les femmes ou avant d'accéder à ces refuges. Dans les deux cas, le contraste était fort avec ce qui était nécessaire en matière de soutien pour les survivantes à la violence envers les femmes. Par exemple, la survivante C73 (tableau 3A) a mentionné avoir eu peur pour sa sécurité et celle de ses enfants dans le refuge de la ville, notamment en raison de la présence d'hommes (comparativement à un endroit « réservé aux femmes ») et de la consommation d'alcool, un précurseur de la violence subie par plusieurs survivantes²⁹.

TABEAU 3

Sous-thèmes avec exemples de données du thème 2 : améliorer les soutiens structureux à la lutte contre la violence envers les femmes

Sous-thème	Exemple de données	
	Participant	Extrait
A. Insuffisance des services de soutien disponibles pour les survivantes à la violence envers les femmes dans les refuges pour sans-abri comparativement aux refuges pour victimes de violence envers les femmes	Survivante C73	Le personnel ne fait aucune vérification dans les refuges d'urgence pour voir comment vous allez. [...] Ils ne vérifiaient pas chaque soir si j'étais toujours vivante. Je pense que le pire, pendant toute la pandémie, le pire que j'ai vécu c'est les refuges d'urgence. Ouais parce qu'au moins, je peux dire que dans [les refuges pour victimes de violence envers les femmes], j'étais un peu plus libre. [...] C'était un endroit réservé aux femmes. Je n'avais à m'inquiéter de rien d'autre, il n'y avait pas d'alcool. Avant, j'étais une alcoolique, quand j'avais 17 ans, donc quand j'allais dans un refuge pour femmes, on m'offrirait tout d'abord du soutien, j'étais plus à l'aise. Mais avec les refuges d'urgence, vous voyez que les gens sont épuisés. Vous voyez des gens se soûler. C'était vraiment un endroit dégoûtant pour les enfants, et c'était épouvantable – c'était très, très épouvantable. Certaines nuits, on se réveillait parce qu'on pouvait entendre, on dirait que les murs étaient minces, parce qu'on pouvait entendre des gens crier. Ça réveillait mes enfants et on restait réveillés pendant des heures.
	Employé offrant un soutien direct P140	Nous avons des femmes qui ont fui des situations horribles, qui demeurent dans des refuges pour sans-abri avec leurs enfants, vous savez, ce qui les expose, ainsi que leurs enfants, à d'autres traumatismes. Je dirais donc que le logement, définitivement [...] Il faut être réaliste, on n'obtiendra pas de logement permanent, de milliers de logements permanents construits en une année. Je dirais donc que si nous pouvions avoir plus de logements de transition pour les femmes et les enfants qui fuient des situations de violence, ce serait un début. [...] Parce que les femmes quittent leur situation et se rendent dans des refuges, elles restent dans une chambre avec deux ou trois enfants et elles doivent partager une douche ainsi que la cuisine et une salle commune. Si on pouvait obtenir un studio, avec une douche indépendante et une petite cuisine, un divan et une télévision, quelques lits – un logement de transition – au moins les femmes et leurs enfants auraient un peu le sentiment d'être à la maison jusqu'à ce qu'ils trouvent un endroit abordable où déménager. Je suis pour le logement. Vous savez, si nous n'avons pas de logement, nous n'avons rien. [...] Il offre l'indépendance, la sécurité, vous savez, une estime de soi.
B. Nécessité d'investir dans le secteur du logement pour les survivantes à la violence envers les femmes	Employé offrant un soutien direct P23	Je sais que les refuges ont diminué leur capacité, il est donc très difficile de faire entrer les femmes dans un refuge. De plus, plusieurs femmes ne se sentent pas en sécurité là-bas. Nous avons simplement besoin de quelque chose de plus stable. Un refuge est seulement temporaire. Nous avons besoin de logements plus abordables dans la ville. Ce n'est pas juste. Les gens restent dans des relations et endurent cette violence et ces difficultés en raison des problèmes de logement et de la pauvreté.
	Dirigeant P110	La violence prend différentes formes selon votre contexte, vos... gens. On a donc décidé ce qu'était la violence à l'échelle provinciale. Nous avons décidé que oui, dans une relation, habituellement il y a un homme et une femme, ils ont deux enfants, un chien ou un chat, les deux contribuent de façon égale à la relation en ce qui concerne les finances. Ils sont co-dépendants et leurs noms sont inscrits sur un beau bail. [...] Pour qui avons-nous écrit cette politique? Pas pour les clientes que nous desservons, parce que le nom de plusieurs d'entre elles ne figure pas sur le bail, plusieurs n'ont pas une relation équitable avec leur partenaire. Plusieurs d'entre elles... c'est incroyable. C'est comme si on essayait de faire entrer nos clientes dans ce moule que quelqu'un du bureau des politiques a créé en fonction de ses propres contacts et de son propre cadre de référence de ce qu'est une relation.
C. Inégalités fondées sur le genre dans les ressources sociales et économiques et fixation du rôle de la loi et des politiques canadiennes	Survivante C76	Il y a des tonnes et des tonnes [de programmes de logement pour les hommes], mais où sont ces énormes quantités pour les femmes?
	Survivante C72	Il y avait un homme à l'étage qui était vraiment le contraire de ce qui pouvait m'aider. Il essayait toujours, malheureusement, de flirter chaque fois que je revenais à la maison. [...] Ayant un traumatisme lié aux hommes et souffrant d'un TSPT et de dépression, je – certains jours, je ne voulais pas quitter la maison. Entre mon ex qui connaissait mes codes, le propriétaire qui était un homme et cet autre homme qui vivait à l'étage et qui n'était pas le propriétaire, mais qui était un locataire qui payait beaucoup plus que moi [...] Quand on vit dans une société où, tu sais, les hommes ont beaucoup, exercent beaucoup de contrôle et ont beaucoup de pouvoir, c'est très, très difficile pour les personnes s'identifiant comme femme de même avoir une chance de réussir.
	Survivante C78	Je dois remplir ma demande [de résidence permanente pour considérations] d'ordre humanitaire, n'est-ce pas? [...] Mais j'ai le sentiment, je veux dire, la différence entre mon amie qui reçoit de l'aide [...] est que son mari l'a parrainée [pour sa résidence permanente], n'est-ce pas? Et la différence avec mon mari, c'est que lui ne l'a pas fait, mais ce n'est pas de ma faute. Tu sais, je suis ici et j'essaie de faire mes preuves, de démontrer que je suis, tu sais, que je suis un atout. [...] Je crois que le gouvernement devrait comprendre parce que je ne fais pas semblant, n'est-ce pas? [...] Je me suis mariée, j'ai un enfant avec lui, tu sais, nous avons un fils, un enfant ensemble, n'est-ce pas? Et il a ses temps libres, sa vie, n'est-ce pas? Et moi j'essaie de faire mes preuves chaque jour. Et je pense que ce n'est pas juste parce que je n'ai pas échoué, tu sais, je lui faisais confiance [à mon mari].
	Dirigeante P136	Mais après être prêtes à demander de l'aide, si leurs besoins primaires ne sont pas comblés, n'est-ce pas – elles n'ont pas d'argent, elles n'ont pas de nourriture, de logement, elles n'ont pas accès à leurs enfants –, elles ne quitteront pas leur foyer. Ce n'est pas quelque chose qu'en tant qu'organisme, nous pouvons régler. C'est un problème systémique, n'est-ce pas? Il faut avoir des services de soutien généraux pour obtenir de la nourriture, un refuge, un accès à une éducation sécuritaire sans, vous savez, sans que les pères viennent chercher leurs enfants à l'école, n'est-ce pas? C'est un enjeu systémique qui peut seulement être réglé par des fonds stratégiques et publics.

Cette situation a été amplifiée pour elles par le fait de revivre le traumatisme, à savoir l'exposition à une violence potentielle dans le refuge (« on pouvait entendre des gens crier »), tout en devant gérer leurs propres antécédents d'alcoolisme sans soutien social ou psychologique (« ils ne vérifiaient pas chaque soir si j'étais toujours vivante »). Ces commentaires concordent avec ceux d'autres employés et survivantes qui mentionnent que les politiques et les pratiques relatives au logement et à l'itinérance, généralement fondées sur les expériences d'hommes (surtout blancs cisgenres) offrent des moyens insuffisants pour les survivantes à la violence envers les femmes⁹.

Il est évident d'après les commentaires des participants qu'un plus grand investissement dans les refuges pour les survivantes à la violence envers les femmes est une solution – non seulement pour renforcer les voies d'aiguillage, mais aussi pour augmenter le financement et les ressources pour améliorer la capacité, la dotation et la formation visant à collaborer avec d'autres systèmes afin d'offrir des soins contre la violence envers les femmes (ce point est abordé dans la section suivante). Toutefois, les participants mentionnent qu'il faut aussi mettre davantage l'accent sur les solutions de logement à plus long terme pour les survivantes à la violence envers les femmes²⁸. Par exemple, comme l'a suggéré l'employé offrant du soutien direct P140 (tableau 3B), un plus grand investissement dans les logements de transition (appelés « de deuxième étape » dans certaines régions du Canada) pour les survivantes à la violence envers les femmes (habituellement de 1 à 5 ans) en tant que solution à moyen terme dans le secteur du logement est une façon efficace de créer un sentiment de chez soi pour les survivantes et leur famille pendant qu'elles attendent un logement indépendant, l'objectif ultime³⁰. Les participants ont comparé ces options de logement à plus long terme avec les refuges qui, en raison de leur nature à court terme et commune, n'offrent pas le même sentiment de stabilité et d'indépendance.

Même si les refuges offrent des avantages vitaux pour de nombreuses survivantes y ayant accès, les participants ont également reconnu qu'il ne s'agit pas de la meilleure solution pour tout le monde, d'où la nécessité d'investir dans l'ensemble du secteur du logement en lien avec la lutte contre la violence envers les

femmes⁹. Par exemple, comme l'a expliqué l'employé offrant un soutien direct P23 (tableau 3B), plusieurs femmes vivent une itinérance « cachée » (par exemple en demeurant dans une relation violente) sans avoir la capacité ou se sentir suffisamment en sécurité pour accéder à un refuge et sans autres options adéquates³¹. Ce point transparait dans les récits des survivantes : par exemple, la survivante C74 est retournée dans une situation de violence après avoir vécu dans un refuge; la survivante C75 a fait face à de la discrimination sur le marché immobilier en tant que femme célibataire, enceinte et bénéficiaire de prestations d'invalidité et elle a dû accepter un logement lourdement endommagé par un dégât d'eau et les survivantes C72 et C76 ont été obligées d'endurer du harcèlement et des abus de voisins masculins sans aucun recours ou possibilité de déménager.

Les participants ont souligné les obstacles structureux qui limitent les offres de logement sécuritaire et abordable pour les survivantes à la violence envers les femmes et accentuent le risque pour les femmes de subir une itinérance cachée. Par exemple, le dirigeant P110 (tableau 3C) a fait état d'un problème plus vaste relatif à la politique de logement et aux lois en matière de bail résidentiel du Canada, qui ne tiennent pas compte des réalités vécues par les survivantes à la violence envers les femmes^{9,32,33}. Cette situation peut conduire à des cas où des femmes quittant leur foyer pour s'éloigner d'un agresseur sont incapables, parce que leur nom ne figure pas dans le bail ou l'hypothèque, de faire la preuve de leur admissibilité à un logement supervisé, un logement subventionné ou des indemnités pour logement mobile (qui, pour les cas qui sont priorités en fonction de la violence envers les femmes, exigent une preuve écrite de cohabitation avec un agresseur pendant une période de temps donné ou, pour les nouveaux arrivants, un parrainage) et qui n'ont pas les finances, les antécédents de crédit ou les actifs pour obtenir leur propre logement indépendant. C'est ainsi que le participant P110 souligne que les inégalités sociales entre les survivantes à la violence envers les femmes et leurs agresseurs sont, dans certains cas, aggravées par les politiques mêmes qui sont censées soutenir ces dernières³².

Cette notion rend compte de l'expression plus générale d'injustice soulignée par les participants quant à la distribution

inéquitable des ressources sociales et économiques dans la société en fonction du genre et d'autres facteurs interreliés (comme l'ethnicité, la race ou la classe sociale). Cela touche le soutien au logement (voir tableau 3C, survivante C76) et la discrimination sur le marché du logement (voir tableau 3C, survivante C72) ainsi que l'accumulation des obstacles pour les femmes nouvellement arrivées au Canada (voir tableau 3C, survivante C78). Cela étant dit, les recommandations des participants en faveur de soutiens structureux plus équitables sont allées au-delà du logement, pour porter sur le financement en général (voir P37, augmenter les allocations au logement et pour les besoins de base), l'emploi et les études (voir P139, offre de formation pour une certification professionnelle, aide à la rédaction d'un curriculum vitae, mentorat de préparation aux entrevues), les services de soutien juridique (voir P138, financement accru pour aide juridique) et les services d'aide à l'enfance.

Les commentaires du dirigeant P136 (tableau 3C) fournissent un exemple des recommandations des participants soulignant la valeur de services de soutien flexibles et généraux pour les survivantes, mais indiquent clairement qu'à long terme, la promotion de l'équité entre les genres et la prévention des besoins en matière de violence envers les femmes doivent être priorités dans toutes les politiques. Sans politique qui crée une distribution plus équitable des pouvoirs économiques et sociaux, les services de violence envers les femmes ne pourront pas prévenir les récidives de violence ou ses conséquences les plus extrêmes, encore moins prévenir cette violence à la base.

Élaborer des systèmes coordonnés pour renforcer la lutte contre la violence envers les femmes

Se recoupant avec les commentaires sur le besoin de renforcer les soutiens structureux pour lutter contre la violence envers les femmes, les récits des participants portent également sur l'importance de mieux coordonner les services de lutte contre la violence envers les femmes et les autres systèmes avec lesquels les survivantes interagissent fréquemment – en particulier le système de santé et le système judiciaire. Les participants ont décrit comment ces systèmes n'ont pas été élaborés pour tenir compte du recoupement

des besoins spécifiques des survivantes à la violence envers les femmes. Par exemple, la survivante C76 a mentionné avoir été admise à l'hôpital de nombreuses fois au cours des dix dernières années et avoir des difficultés à obtenir le soutien émotionnel, social et économique nécessaire pour se rétablir – des circonstances seulement exacerbées par la pandémie de COVID-19 (tableau 4A). Elle mentionne également que de l'aide sociale a été offerte aux aînés ayant besoin de soutien dans leur vie quotidienne et pour accéder aux services, ce qui contraste avec les

survivantes à la violence envers les femmes (de tous âges), qui sont également souvent aux prises avec un isolement social et divers symptômes physiques et mentaux et qui tireraient profit de niveaux de soutien similaires. Cet écart en matière de service touche plus particulièrement les survivantes marginalisées sur le plan économique (voir par exemple C76, « c'est très difficile [...] quand tu n'as pas d'argent ou n'as accès à aucun type de soutien »).

Même si les employés qui occupent un rôle important au sein du système de

santé sont moins nombreux en termes d'effectifs dans notre échantillon, ils ont corroboré ces points. Par exemple, le dirigeant P68, dont le travail est financé par le ministère de la Santé de l'Ontario, a fourni davantage d'information sur le contexte du système de soins de santé (tableau 4A), qui fonctionne de façon « cloisonnée », entre autres à l'égard du secteur de lutte contre la violence envers les femmes, et qui ne tient pas compte de façon stratégique de la diversité des besoins des survivantes à la violence envers les femmes. La participante P115,

TABLEAU 4
Sous-thèmes avec exemples de données du thème 3 :
élaborer des systèmes coordonnés pour renforcer la lutte contre la violence envers les femmes

Sous-thème	Exemple de données	
	Participant	Extrait
A. Système de santé ne tenant pas compte des besoins spécifiques des survivantes à la violence envers les femmes	Survivante C76	Quand je suis allée à l'hôpital et que la pandémie a commencé, ils avaient des services pour les aînés et d'autres choses. Mais pour moi, j'étais seule et je n'avais pas d'aide. [...] Je devais aller à l'hôpital et subir [une colonoscopie], et ça a été très difficile de trouver quelqu'un pour venir me chercher [elle pleure] parce que je ne trouvais personne pour venir me chercher et ils avaient besoin que quelqu'un vienne me chercher, parce qu'on te met sous anesthésie. Et c'était vraiment humiliant. [...] C'est une des choses qui est le plus difficile, particulièrement avec la pandémie de COVID-19. C'est juste que, je ne sais pas, je ne veux pas de « passe-droit », juste un « coup de main » parfois.
	Dirigeant P68	Je crois qu'il y a eu une certaine collaboration [entre] le domaine de la lutte contre la violence envers les femmes [et] les soins de santé. Mais, vous savez, l'accès aux soins de santé est limité maintenant. C'est juste que je ne connais pas de tables rondes où se tiennent des discussions sur la violence envers les femmes et les soins de santé. [...] Un certain nombre d'efforts sont déployés pour l'itinérance et les aînés très vulnérables. Donc certains de ces éléments peuvent se recouper, mais les soins de santé ont tendance à se concentrer sur les soins de santé [rire]. Je pense donc que c'est encore un système cloisonné.
	Employé offrant un soutien direct P115	Je veux dire, rendez-vous obligatoires [rire]. Je crois qu'il faudrait vraiment reconnaître que nous sommes un service essentiel et que laisser ces clientes naviguer dans le système d'urgence seules n'est pas faisable. Je suis infirmière d'urgence, je vois les deux côtés de la médaille. Et je vous le dis, ce n'est pas la bonne place. En tant qu'infirmière d'urgence, je ne peux pas aider une survivante dans un service d'urgence. Ce n'est simplement pas possible. Vous n'avez pas le temps et ces survivantes, elles ont besoin de temps. Je crois que c'est la clé. Même lorsque j'évalue une patiente, il faut environ, au minimum, une heure et demie, parfois jusqu'à huit heures, selon la complexité du cas. Donc vraiment, comme je l'ai dit, il faudrait augmenter le nombre d'infirmières médico-légales en Ontario.
	Survivante C77	C77 : Ma docteure savait. En fait, chaque fois que j'avais rendez-vous avec ma docteure, mon partenaire venait avec moi dans le bureau. [...] Il venait toujours avec moi et ma docteure, un petit peu, elle avait, comment dire, elle ressentait que j'étais stressée. Alors elle me posait des questions comme « As-tu des amis ou de la famille ici? ». Je répondais « Non ». Et elle savait que j'étais ici avec un visa de visiteur, donc je n'ai pas de carte d'assurance-maladie. Donc chaque fois, il venait et payait les frais de la docteure.
		Enquêtrice : Est-ce que la docteure lui a déjà dit, à votre partenaire ou à la personne qui était avec vous, « Je dois parler avec ma patiente seule » ou « Malheureusement, je dois vous demander de quitter la pièce? »
		C77 : Non, elle n'a jamais demandé ça. Mais je pense qu'elle comprenait ce qui se passait. Et elle me demandait « Es-tu stressée? Es-tu stressée? ». Je répondais « Ouais, je suis stressée parce que je ne peux rien manger. Je suis fatiguée. C'est... ». Et il était assis juste là alors comment aurais-je pu – parce qu'à cette époque-là, je n'avais pas l'intention de quitter cette personne ou je ne pouvais pas me plaindre de lui parce que j'étais enceinte, je ne pensais pas le quitter, donc je ne disais rien.
Survivante C81	Enquêtrice : Est-ce qu'un médecin, une infirmière ou quelqu'un à l'hôpital vous a demandé d'où provenaient [les blessures infligées par votre partenaire]? Ou est-ce que quelqu'un vous a demandé si quelqu'un vous faisait du mal?	
	C81 : Non, ils ne vous demandent pas ça parce qu'ils parlent anglais et n'utilisent pas d'interprètes et ils veulent juste vous examiner, faire leur travail et passer à autre chose.	
	Enquêtrice : Est-ce que je peux vous demander combien de fois l'an dernier vous vous êtes rendue à l'hôpital?	
	C81 : Trois ou quatre fois.	

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Sous-thèmes avec exemples de données du thème 3 :
élaborer des systèmes coordonnés pour renforcer la lutte contre la violence envers les femmes

Sous-thème	Exemple de données	
	Participant	Extrait
B. Système judiciaire ne tenant pas compte des besoins des survivantes à la violence envers les femmes	Employé offrant un soutien direct P43	Soit plus de formation pour les agents, soit un changement pour permettre, genre, à plus de travailleurs en santé mentale, travailleurs sociaux d'être déployés en première ligne. [...] Afin que [...] les clientes sachent qu'il y a plus de soutien émotionnel disponible auquel elles peuvent accéder quand elles en ont besoin.
	Employé offrant un soutien direct P139	La protection de l'enfance [...] ce n'est pas seulement au sujet des enfants. Je sais que c'est important – je sais qu'ils sont là pour ça. Mais il y a tellement de choses d'impliquées avec la famille que la mère doit être incluse et comprise. Pas que je – nous n'avons pas à comprendre l'abus ou la négligence, ce n'est pas à propos de ça. C'est plutôt à propos de [...] ce n'est pas noir ou blanc. Et parfois ils sont très, très radicaux. Donc, la police, la police aussi, tu connais la violence – donc, donc plusieurs femmes, elles ne parlent pas la langue et c'est elles qui sont accusées et envoyées en prison parce qu'il n'y pas de marques, mais il y a une marque sur l'homme. Mais elles se défendaient simplement. Donc, vous savez, je pense éducation. S'ils pouvaient offrir plus de formation pour ça et offrir plus de possibilités aux femmes.
	Survivante C75	La raison pour laquelle j'ai commencé à consommer c'est parce que j'étais victime de violence physique et que j'ai dû cacher cette situation pendant des mois, des années. Je cachais ma situation. Et puis je – c'est comme ça que je m'adaptais. Je voulais oublier. Je voulais engourdir ma douleur. Je voulais tout ça. Et pour m'aider à gérer mon problème, ils m'ont enlevé mes enfants. Mais ça ne m'aide pas vraiment à régler mon problème. Vous m'enlevez mes enfants. Et ça me pousse à boire plus parce que maintenant, je suis déprimée. Tu comprends ce que je veux dire? Donc ça a commencé par un traumatisme, et puis ils n'ont fait qu'ajouter à mon traumatisme et puis c'est comme, eh bien, tu dois juste arrêter de boire. Mais ils renforcent ce traumatisme. Donc comment est-ce qu'ils s'attendent à ce que tu arrêtes de boire quand ils rajoutent à ce que tu as déjà vécu?
	Employé offrant un soutien direct P23	Avec les inculpations obligatoires [...] ça a l'effet inverse. Et, euh, ouais, ça crée cette situation en fait, ce préjudice pour les femmes. Le système doit changer. Ils doivent tenir compte de l'expérience des femmes qui se retrouvent dans le système afin de pouvoir les soutenir et éviter que cette situation se répète. [...] C'est à la police de décider. [...] Ils vont séparer les gens, ils vont passer la balle au PIPV [programme d'intervention auprès des partenaires violents]. Mais en même temps, j'ai l'impression que les services de soutien ne sont pas vraiment fournis, c'est comme « Oh et bien, vous avez été accusée. Vous devez y faire face en plus de tout ce que vous vivez déjà. » C'est comme, je crois qu'il faut offrir de la formation à la police, vraiment. C'est comme ça qu'ils travaillent avec les gens, c'est problématique. Je l'entends de plusieurs clients, c'est très, très traumatisant de vivre une telle situation. [...] Si la police disait : « Ok, communique avec eux », tu sais, « ils vont t'aider » – ça pourrait faire une différence et éviterait qu'elles soient laissées en plan et aient à attendre. [...] Quand la pandémie de COVID-19 sera terminée, nous savons que plus de programmes devront être mis en place. [...] Nous devons vraiment travailler de façon plus collaborative, tu sais, euh, dans le cadre de cette situation et tirer des leçons de cette situation et améliorer nos services parce que nous – je crois que plusieurs personnes ont été laissées en plan pendant la pandémie.

fournisseuse de services directs dans le système de soins de santé, a offert un point de vue supplémentaire (tableau 4A), mentionnant que la solution pour obtenir de meilleurs résultats de santé pour les survivantes à la violence envers les femmes ne passe pas nécessairement par la prestation de formation sur la violence envers les femmes aux fournisseurs de soins de santé (une suggestion commune³⁴), qui pourraient ne pas disposer de la capacité nécessaire pour offrir des soins complets adaptés à la violence envers les femmes dans le cadre de leur pratique régulière³⁵. La recommandation consiste plutôt à augmenter (et à conserver) l'effectif d'employés luttant contre la violence envers les femmes et de faire de la sensibilisation au sein du système de soins de santé – une approche qui s'est révélée prometteuse à l'étranger³⁶ et qui nécessite la collaboration stratégique entre

le système de lutte contre la violence envers les femmes et le système de santé à laquelle fait référence la participante P68 (tableau 4A).

Ce type d'approche coordonnée, fondée sur la sensibilisation, permettrait non seulement de répondre aux besoins des survivantes à la violence envers les femmes se retrouvant dans le système de soins de santé, mais aussi de renforcer l'identification et le référencement des patientes à risque³⁷ – enjeux illustrés par les expériences des survivantes qui ont accédé au système de soins de santé avant d'accéder aux services de lutte contre la violence envers les femmes. Par exemple, pendant la grossesse de la survivante C77, son partenaire violent, qui parrainait son visa de visiteur, l'accompagnait lors de tous ses rendez-vous (tableau 4A), une tactique classique dans les situations de violence

contrôlante et coercitive³⁸. Malgré la détresse psychologique qu'elle vivait (« je suis stressée parce que je ne peux rien manger ») et le déséquilibre de pouvoir évident dans la relation (« je n'ai pas de carte d'assurance-maladie [...] [mon partenaire] venait et payait les frais »), la médecin n'a jamais demandé au partenaire de quitter la pièce pour discuter d'un possible cas de violence conjugale, d'un plan pour assurer la sécurité de la patiente ou des services disponibles pour lutter contre la violence envers les femmes. La survivante C81 est allée à l'hôpital pour des blessures infligées par son partenaire et, au cours d'au moins trois visites, n'a pas reçu les services d'interprétation nécessaires pour parler de la violence dont elle était victime (tableau 4A). Dans les deux cas, ni la survivante C77 ni la survivante C81 n'ont eu de contact avec des services de lutte contre la violence

envers les femmes et, alors que des pratiques exemplaires pour l'identification et le référencement sécuritaires auraient dû être mises en place, elles ne l'ont pas été³⁹.

Les participantes ont été encore davantage marginalisées par le système en tant que nouvelles arrivantes – absence de statut de résidence permanente (C77) ou difficulté à parler anglais (C81). Ces exemples illustrent que, dans la mise en œuvre de n'importe quelle approche de coordination des systèmes, les intervenants du domaine de la violence envers les femmes doivent également être formés et disposer de ressources à propos des interactions entre cette violence et d'autres formes de marginalisation (dans les cas mentionnés ici, aide sociale pour les survivantes sans statut de résidence permanente et services d'interprétation)³⁷.

Les défis relatifs au système judiciaire mentionnés par les survivantes à la violence envers les femmes et par les employés sont similaires à ceux relevés dans le système de soins de santé – par exemple le fait que les survivantes ne sont pas dirigées vers des services de soutien contre la violence envers les femmes après un contact avec la police (survivantes C77, C79 et C81). Comme dans le cas du système de santé, les participants ont recommandé, en tant qu'intervention, de la formation sur la violence envers les femmes dans l'ensemble du système judiciaire, avec certains employés spécialisés en violence envers les femmes dans le système judiciaire, recommandant une approche coordonnée, fondée sur la sensibilisation (voir tableau 4B, employé offrant un soutien direct P43). Idéalement, une telle approche conduirait à ce que les survivantes en crise reçoivent du soutien de la part de personnel ayant suivi une formation spécialisée dans le domaine de la violence envers les femmes et disposant de la capacité d'intervenir de façon appropriée⁴⁰.

Toutefois, du fait que les interactions des survivantes à la violence envers les femmes avec le système judiciaire impliquent généralement d'autres personnes (partenaire, enfants), d'autres modalités plus spécifiques de lutte contre la violence envers les femmes ont été mentionnées par les participants. Par exemple, l'employé offrant du soutien direct P139 (tableau 4B) a mentionné deux enjeux importants pour les survivantes à la violence envers les femmes interagissant

avec le système judiciaire parmi les enjeux abordés par les participants : protection de l'enfance et inculpation obligatoire. En ce qui concerne la protection de l'enfance, les employés et les survivantes ont fait écho au commentaire du participant P139 au sujet de la nécessité d'inclure les survivantes à la violence envers les femmes dans les discussions et le processus décisionnel relatifs à la protection de l'enfance (dont la prise en charge des enfants) – reconnaissant les préjudices potentiels découlant de la séparation d'une famille^{41,42} (« ce n'est pas noir ou blanc ») – et de fournir des services de soutien appropriés aux survivantes pendant (et après) le processus. Le récit de la survivante C75 fournit un bon exemple de ce point (tableau 4B). Elle n'a pas été prise en compte dans le processus de protection de l'enfance – par exemple par l'évaluation de la cause de son traumatisme (une relation violente) et par l'offre d'un traitement approprié – ce qui a conduit à une détérioration de sa santé mentale et de son problème de consommation de substances. Cela a supprimé la possibilité que la mère et l'enfant restent ensemble et a réduit la probabilité d'une future réunification de famille, qui, dans plusieurs cas, a d'importants avantages pour la mère et l'enfant⁴¹.

Les participants ont également souligné l'importance pour les travailleurs offrant un soutien direct (incluant la police) d'être formés pour identifier les femmes victimes de violence et leur offrir du soutien lorsqu'ils répondent à des appels de violence conjugale, qui exigent, aux yeux de la loi, une inculpation obligatoire (la police doit déposer des accusations si elle croit qu'il y a une probabilité raisonnable qu'il y a eu violence conjugale). Tandis que le participant P139 a mis l'accent sur la marginalisation des survivantes qui ne parlent pas anglais et à qui on n'offre pas de service d'interprétation approprié, l'employé offrant un soutien direct P23 a démontré plus largement les lacunes systématiques de ce processus (tableau 4B). Le participant P23 illustre le besoin d'une plus grande collaboration entre le système de lutte contre la violence envers les femmes et le système judiciaire, en particulier plus de services de soutien fondés sur le traumatisme pour les survivantes se retrouvant dans le système judiciaire et des mécanismes de référencement plus solides au point de contact. Ces commentaires, ainsi que ceux des participants P139 et C75, contribuent à une perspective plus globale autour de la transformation du

système judiciaire en une arme qui se retourne contre les survivantes à la violence envers les femmes – où les survivantes sont criminalisées (P139 et P23) ou traumatisées par la prise en charge des enfants (C75).

De plus, les participants ont décrit des situations où les survivantes à la violence envers les femmes ont été manipulées et privées de leurs pouvoirs par leur partenaire faisant usage de violence ou des professionnels traitant de cas hautement conflictuels (C74, C80, P137). Ensemble, ces commentaires illustrent comment les normes sociétales propres au genre vont continuer à pervertir le système judiciaire si rien n'est fait – à savoir sans une formation obligatoire et une action intersectorielle coordonnée, incluant la défense des victimes de violence envers les femmes et la reconnaissance des traumatismes – continuant de désavantager les survivantes à la violence envers les femmes et permettant le maintien de leur exploitation par leurs agresseurs, particulièrement les hommes usant de violence^{43,44}.

Mettre en œuvre et évaluer les stratégies de prévention primaire de la violence envers les femmes

Le dernier ensemble de recommandations des participants pour le PAN porte sur l'action stratégique requise pour prévenir la violence envers les femmes en premier lieu. Dans ce domaine, les participants ont eu tendance à se concentrer sur l'amélioration du programme d'éducation et la sensibilisation du public au sujet des relations saines, de l'expression du genre et de ce qui constitue la violence. On a tout particulièrement mis l'accent sur l'importance de s'assurer que cette éducation commence tôt dans la vie, par une mise en œuvre universelle dans les écoles (voir tableau 5A, employé offrant un soutien direct P92). Inhérent aux commentaires de P92, un principe a été largement développé par les participants : la responsabilité de prévenir la violence envers les femmes ne devrait pas reposer uniquement sur les femmes, mais plutôt sur l'ensemble de la société – rejetant la notion que les femmes devraient apprendre à éviter les situations « à risque »⁴⁵⁻⁴⁷.

Les employés soulignent l'importance de créer des interventions éducatives et, plus généralement, de soutien à l'intention des garçons et des hommes (voir tableau 5B, employé offrant un soutien direct P140).

TABLEAU 5
Sous-thèmes avec exemples de données du thème 4 : mettre en œuvre et évaluer
les stratégies de prévention primaire de la violence envers les femmes

Sous-thème	Exemple de données	
	Participant	Extrait
A. Amélioration du programme d'éducation et sensibilisation du public au sujet de la violence envers les femmes	Employé offrant un soutien direct P92	Je crois que c'est très important, l'éducation dans les écoles. Ce n'est pas seulement l'éducation des femmes – parce qu'on dit toujours, oh, il faut apprendre aux femmes à ne pas, peu importe quoi. Je crois que ça passe par l'enseignement, l'enseignement des élèves de 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e années. [...] On parle d'éducation, de ce qu'est la violence fondée sur le genre. Et il est très, très important de commencer par les tout-petits et de les éduquer à ce sujet et sur la façon d'identifier si vous vous trouvez dans une situation de violence à la maison. [...] Parce que les enfants sont notre avenir. Et s'ils savent comment prévenir la violence ou de pas la commettre, ce sera mieux ainsi.
B. Interventions préventives devant cibler les garçons et les hommes	Employé offrant un soutien direct P140	Lorsque vous travaillez avec un organisme sans but lucratif, le financement pour « ceci et cela » est toujours une préoccupation. Ce qui fait que nous devons travailler avec ce que nous avons et nos gestionnaires nous répètent toujours de faire attention. [...] Nous allons au-delà de ce qui est demandé parce que nous sommes également passionnés par le travail que nous faisons et nous souhaitons que toute cette violence disparaisse. Mais ce n'est pas le cas et le problème ne se réglera pas de sitôt. Et c'est pourquoi je crois qu'il y a de plus en plus d'organismes qui commencent à mettre en œuvre des programmes auprès des jeunes garçons et des hommes. Alors, vous savez, ce que je veux dire c'est qu'on ne peut pas seulement aider les jeunes filles et les femmes. Il faut aussi tirer profit de nos ressources et aider les hommes et les garçons. Donc si on peut prévenir le cycle de violence ou les éduquer à ce sujet, je crois qu'on peut aller loin.
C. Politiques de redistribution et transformatrices de genre qui bonifieront autant les interventions contre la violence envers les femmes que les stratégies de prévention primaire ^a	Survivante C74	Je crois qu'un des changements matériels que j'encouragerais le plus est la modification de la politique en matière d'indépendance économique et d'indépendance financière. [...] Pour les personnes qui s'identifient comme étant des femmes ou des personnes LGBTQ, le point de rupture est la composante économique. Alors comment pouvez-vous quitter une relation violente lorsque vous devez surmonter tous les obstacles pour naviguer dans les systèmes? [...] Vous le faites, puis il n'est pas vraiment possible de reconnaître la disparité et la dévastation qu'entraîne la marginalisation économique parce que ce n'est pas quelque chose que vous pouvez prouver, ce n'est pas reconnu. [...] Il faudra vraiment quelqu'un d'expérience et beaucoup de discussions très inconfortables — je crois que le moment est le bon. Nous avons vécu une pandémie, nous avons observé cette disparité. [...] Mais je ne vois pas de composante fondamentale, je ne suis pas certaine que je peux en parler éloquentement. Il y a des gens qui se sont retrouvés dans cette situation qui ne sont pas invités à participer ou qui n'ont pas la chance d'apporter des changements significatifs. C'est dans l'intérêt primordial de maintenir le statu quo. [...] Mais il faut élaborer une politique. Nous devons arrêter d'en parler. [...] Je crois que ça passe par une affectation de ressources et une volonté politique. C'est quelque chose que je vois dans le cadre du travail que je réalise. [...] Je ne vais pas simplement abandonner. [...] Je ne peux pas. Les risques sont, les statistiques sont, et je vais terminer sur ce point, que ma fille vivra la même chose parce qu'elle en a été témoin.
	Employé offrant un soutien direct P37	Parfois, on parle plus qu'on agit. Je crois que peu importe ce qui est dit, il faut aussi passer à l'action, pas simplement en parler.

Voir le tableau 3C.

Les commentaires comme ceux du participant P140 illustrent clairement le besoin d'inclure les garçons et les hommes dans les efforts de prévention de la violence envers les femmes, étant les auteurs les plus fréquents de violence envers les femmes⁴⁵. Toutefois, ils ont également souligné la pression actuelle subie par les organismes de lutte contre la violence envers les femmes – dont le mandat est de protéger les femmes victimes de violence et qui sont depuis longtemps sous-financés – pour élargir les cibles de leurs programmes (ainsi seulement 14 % du budget fédéral du Canada pour 2022 est destiné aux mesures axées sur les femmes⁴⁸). Il faut donc augmenter les fonds dédiés à la conception et à la prestation d'interventions éducatives et de soutien destinés aux garçons et aux hommes – peut-être dans certains cas par les

organismes de lutte contre la violence envers les femmes et, dans d'autres cas, avec leur collaboration – mais sans limiter le bassin actuel de financement pour les services de soutien axés sur les femmes.

Les commentaires de P92 et de P140 (tableaux 5A et 5B) illustrent l'accent que mettent les participants sur les interventions visant à freiner le cycle de violence chez les générations plus jeunes, y compris et au-delà des interventions éducatives. Cela cadre avec l'idée que le renforcement de la réponse structurelle à la violence envers les femmes (comme cela a été abordé plus haut) aura également des répercussions sur la prévention primaire, et ce, en améliorant de façon équitable les services de soutien sociaux et économiques offerts aux femmes dont les enfants risquent davantage d'être

victimes de violence ou d'en être les auteurs plus tard dans leur vie^{46,49}. En d'autres termes, les politiques qui ciblent la distribution sociale des ressources et des normes sociales (dont le genre) sont essentielles à tous les niveaux de prévention de la violence envers les femmes (primaire, secondaire et tertiaire).

Cette idée est présente dans les données, les participants ayant discuté de l'importance de promouvoir l'équité entre les sexes et l'approche intersectionnelle par la modification des politiques et des systèmes pour lutter contre la violence envers les femmes et la prévenir en premier lieu. Ces avantages à plusieurs niveaux sont clairs dans les commentaires de la survivante C74 (tableau 5C). Cette dernière illustre les conséquences insidieuses des disparités économiques entre les genres et

du cumul des facteurs d'inégalité dans la société – ce qui est confirmé par les systèmes politiques qui profitent du maintien du « statu quo » – ce qui a une incidence sur la capacité des femmes (et des personnes de sexe et de genre diversifiés) à quitter une relation violente et augmente la probabilité de cycles intergénérationnels de violence envers les femmes (« les risques sont [...] que ma fille vivra la même chose [...] »)^{21,47}. La survivante C74 fait valoir, comme l'ont fait d'autres participants (voir tableau 4C, employé offrant un soutien direct P37), que la prévention de la violence envers les femmes doit aller au-delà des discussions hypothétiques et passer à une action stratégique transformatrice. Pour ce faire, il faudra apporter des modifications légitimes à la distribution des pouvoirs, des ressources et du prestige dans la société, prévues dans la loi et les politiques, afin de faire la promotion de « l'indépendance économique » pour toutes les femmes, de surmonter les obstacles structurels (racisme, transphobie, discrimination envers les personnes en situation de handicap) – modifications « inconfortables » pour les groupes hégémoniques qui perdront inévitablement du pouvoir au terme de ces politiques de redistribution^{21,45}. Finalement, la

participante C74 évoque un point bien illustré dans notre étude : l'importance, souvent négligée, d'inclure de façon significative les points de vue des survivantes à la violence envers les femmes au processus de planification des politiques.

Synthèse des recommandations formulées aux termes de cette étude

Le tableau 6 résume les recommandations pour le PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes qui ont été formulées en fonction des conclusions de notre étude et met en contexte ces recommandations relativement à la littérature existante, incluant les plus récentes analyses du PAN^{9,13,50}.

Forces et limites

Cette étude offre une occasion exceptionnelle d'élaborer, de classer en ordre de priorité et de nuancer les recommandations pour le PAN à partir de l'analyse rigoureuse de points de vue et d'expériences de survivantes ayant accès à des services de lutte contre la violence envers les femmes et d'employés offrant ces services à Toronto, la ville la plus importante et la plus diversifiée du Canada, pendant

la pandémie de COVID-19. Nous nous sommes appuyées sur un partenariat solide avec des intervenants du secteur de la lutte contre la violence envers les femmes et avec des femmes ayant été victimes de violence comme membres de l'équipe de recherche, conseillers et utilisateurs de connaissances. C'est ainsi que notre ensemble de données intègre des employés et des survivantes de divers programmes de lutte contre la violence envers les femmes dans des services résidentiels et non résidentiels et nous avons maintenu activement notre engagement avec nos intervenants de la lutte contre la violence envers les femmes lors de l'analyse et de la diffusion au moyen d'un processus intégré d'échange de connaissances. Notre échantillon a un fort « pouvoir informationnel » en raison de nos questions de recherche, fournissant de précieuses données détaillées sur les expériences des participants qui nous permettent de générer des recommandations nuancées avec des justifications approfondies⁵¹.

Nous étions déterminées à offrir les récits d'employés et de survivantes relevant de diverses identités personnelles et sociales et particulièrement celles de personnes victimes de différentes formes de

TABLEAU 6
Synthèse de nos recommandations prioritaires pour le PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes du Canada

Recommandation	Détails et références à la littérature existante
Investir dans les services de lutte contre la violence envers les femmes et accroître l'accessibilité aux services de soutien en cas de crise	
A. Sensibiliser le public à la violence envers les femmes et aux services de soutien en cas de crise	Concevoir et mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation du public qui éduquent la population sur ce en quoi consiste la violence envers les femmes (sous toutes ces formes) et sur la disponibilité des services de soutien en cas de crise et qui font évoluer les normes sociales concernant le genre et la violence. Les campagnes d'information devraient utiliser des voies d'accès publiques comme la radio, la télévision, les épiceries, les parcs, les centres d'achats, les hôpitaux, les centres communautaires et d'autres espaces publics et elles devraient être traduites en différentes langues. Les campagnes de sensibilisation du public constituent une des principales recommandations formulées avant les consultations sur le PAN ^{13,50} . Les campagnes d'information devraient éviter d'utiliser un langage traumatisant ou stigmatisant, devraient rassembler des intervenants variés (survivantes, fournisseurs de services, intervenants auprès des victimes, chercheurs, etc.) lors des étapes d'élaboration et de mise en œuvre et elles devraient être mises en œuvre dans le cadre d'une stratégie multidirectionnelle visant à augmenter la disponibilité et l'accessibilité des services de soutien ^{24,26} .
B. Renforcer les mécanismes de référencement aux programmes de lutte contre la violence envers les femmes	Élaborer un processus systématique et centralisé pour le référencement à des services de soutien à la lutte contre la violence envers les femmes, en particulier par des points d'entrée plus accessibles pour les survivantes (par ex. par l'entremise d'outils de clavardage virtuels, avec la disponibilité immédiate d'un service d'interprétation en plusieurs langues) et une coordination plus étroite entre les lignes de crise et les organismes de lutte contre la violence envers les femmes. Le renforcement des processus de référencement doit inclure l'identification de ces points de contact, qui seront responsables de garder à jour une liste des services disponibles et d'assurer la transparence et la responsabilisation pendant le processus de référencement. Ce travail demande des consultations plus approfondies avec le personnel et les survivantes dans le domaine de la violence envers les femmes et d'autres domaines intersectoriels pour déterminer les étapes prioritaires pour l'amélioration (comme l'utilité d'une ligne nationale de crise) et la mise en œuvre d'un système de surveillance et d'évaluation permettant de s'assurer que les mesures d'adaptation fonctionnent correctement pour les diverses survivantes en ayant besoin. Même si les précédentes consultations sur le PAN ont souligné l'importance d'augmenter la disponibilité des services de soutien en cas de crise liée à la violence envers les femmes, en particulier les lignes de crise et la prestation de services intégrés ^{13,50} , notre étude révèle d'importants éléments quant à la nécessité de mettre en place un système de référencement plus systématique, centralisé et transparent.

Suite à la page suivante

TABLEAU 6 (suite)

Synthèse de nos recommandations prioritaires pour le PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes du Canada

Recommandation	Détails et références à la littérature existante
<p>C. Augmenter le nombre d'organismes de lutte contre la violence envers les femmes ayant la capacité de fournir des services généraux à l'interne aux clientes</p>	<p>Élargissant l'appel à élaborer des guichets uniques regroupant plusieurs organismes⁵⁰, notre étude fait état du besoin d'investissements accrus dans le domaine de la lutte contre la violence envers les femmes pour renforcer l'effectif, la formation et l'infrastructure relatifs à la lutte contre la violence envers les femmes destinés à élargir la prestation de services de soutien généraux à l'interne, même lors des urgences. Même si certains organismes de lutte contre la violence envers les femmes n'auront pas, de façon réaliste, la capacité d'offrir de multiples services aux clientes (et tireraient par conséquent profit de mécanismes de référencement plus solides dans le domaine de la lutte contre la violence envers les femmes), nos conclusions soulignent les difficultés à offrir un soutien complet aux clientes à la lumière des pénuries de personnel et de l'interruption des services communautaires en personne pendant la pandémie. Nos résultats soulignent en particulier l'importance de tenir compte des besoins des organismes communautaires et des services de lutte contre la violence envers les femmes avec un financement dédié au renforcement de la capacité des programmes internes et des services de référencement. Cette mesure dans le PAN devrait être soutenue par des consultations dirigées regroupant plusieurs organismes et survivantes, en tenant compte des facteurs sociaux intersectoriels (ethnicité, race, statut vis-à-vis de l'immigration, langue, âge, statut socioéconomique).</p>
<p>D. Fournir des mécanismes de financement flexibles aux organismes de lutte contre la violence envers les femmes</p>	<p>Les bailleurs de fonds devraient offrir une plus grande flexibilité aux organismes de lutte contre la violence envers les femmes afin que ces derniers puissent utiliser leurs fonds comme ils le souhaitent pour répondre à la demande et aux besoins des clientes, particulièrement lors de situations d'urgence – une nouvelle recommandation formulée aux termes de notre étude, qui se fonde sur le besoin d'un financement durable accru pour les services de lutte contre la violence envers les femmes recommandé dans les précédents rapports sur le PAN^{13,50} et reflète le contexte évolutif des services dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Le financement flexible serait bonifié par le renforcement des systèmes de surveillance et d'évaluation des organismes de lutte contre la violence envers les femmes, en particulier l'amélioration des processus de rétroaction et de mobilisation des clientes pour s'assurer que les organismes sont aptes à maximiser la probabilité que toutes les mesures d'adaptation répondent aux divers besoins des clientes.</p>
<p>E. Augmenter les services de soutien à la santé mentale spécialisés et tenant compte des traumatismes dans le domaine de la violence envers les femmes</p>	<p>Renforcer les flux de financement durables qui soutiennent les organismes de lutte contre la violence envers les femmes pour augmenter et stabiliser l'expertise requise (c.-à-d. en fournissant au personnel la formation nécessaire ou en embauchant du personnel possédant les qualifications nécessaires) afin d'offrir des soins de santé mentale spécialisés et tenant compte des traumatismes aux survivantes, comme le préconisaient les précédentes recommandations du PAN¹³.</p>
<p>Améliorer les services de soutien structurels pour mettre fin à la violence envers les femmes</p>	
<p>F. Augmenter les investissements dans l'ensemble du secteur du logement pour les survivantes à la violence envers les femmes</p>	<p>Reposant sur les précédentes recommandations pour le PAN consistant à élargir le continuum de l'habitat disponible dans le contexte de la lutte contre la violence envers les femmes^{9,13,50}, notre étude souligne le besoin d'augmenter les investissements dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des refuges pour victimes de violence envers les femmes, en particulier par le renforcement des voies d'aiguillage et par une augmentation du financement et des ressources visant à améliorer la capacité, la dotation et la formation pour collaborer avec d'autres systèmes afin d'assurer la prestation de soins aux victimes de violence envers les femmes; • des logements transitoires pour les survivantes à la violence envers les femmes (habituellement pour 1 à 5 ans) afin de fournir des solutions de logement à moyen terme avec des services psychologiques, juridiques, économiques, à l'emploi et au logement; • des logements sécuritaires, accessibles et abordables pour les survivantes à la violence envers les femmes, avec des services de soutien généraux, en particulier en tenant compte des besoins en matière de sécurité des survivantes dans le voisinage et à la maison et avec une plus grande collaboration entre le domaine de la violence envers les femmes et les propriétaires privés afin de prévenir la discrimination envers les survivantes à la violence envers les femmes. Même si le budget fédéral de 2022 propose que 25 % du montant de 1,5 milliard de dollars canadiens réservé pour la construction de nouveaux logements abordables au cours des deux prochaines années soient consacrés aux projets axés sur les femmes, il est essentiel que l'admissibilité des fonds intègre les organismes de lutte contre la violence envers les femmes et que les projets ayant des dimensions liées au logement et aux services généraux pour les survivantes à la violence envers les femmes soient financés⁹.
<p>G. Utiliser l'analyse comparative entre les sexes Plus appliquée aux politiques sur le logement, sociales et économiques pour guider la réforme des politiques qui réduisent le cumul des iniquités et les iniquités fondées sur le genre^a</p>	<p>Élargissant la portée des précédentes recommandations du PAN^{9,13,50}, notre étude révèle quels domaines sont prioritaires pour la réforme de politiques visant à renforcer les services de soutien structurels pour les survivantes à la violence envers les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • revoir les lois relatives au bail résidentiel afin que les survivantes soient ajoutées au bail et que les partenaires usant de violence soient supprimés du bail; • revoir les critères d'admissibilité pour les indemnités de logement afin d'éliminer les exigences relatives à la cohabitation avec un agresseur pendant une période donnée ou, pour les nouveaux arrivants, au parrainage; • créer des possibilités de logement indépendant à faible exigence, qui permettent aux femmes manquant de ressources, sans antécédent de crédit ou ne possédant pas d'actifs de louer un logement indépendant; • augmenter l'allocation pour besoins de base et pour logement lors de l'offre d'aide sociale; • augmenter le financement pour l'aide juridique visant à soutenir les survivantes à la violence envers les femmes; • améliorer l'accessibilité et l'abordabilité des options de soins aux enfants; • améliorer les occasions d'emploi et d'éducation pour les femmes, en particulier la formation visant une certification professionnelle, l'aide à la rédaction de curriculum vitæ et le mentorat de préparation aux entrevues pour les survivantes à la violence envers les femmes.

Suite à la page suivante

TABLEAU 6 (suite)

Synthèse de nos recommandations prioritaires pour le PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes du Canada

Recommandation	Détails et références à la littérature existante
Créer des systèmes coordonnés pour renforcer les interventions de lutte contre la violence envers les femmes	
H. Renforcer la coordination et la collaboration du système de santé et du système de lutte contre la violence envers les femmes	<p>Les précédentes consultations du PAN ont conduit à la formulation de recommandations quant à la formation des fournisseurs de soins de santé en matière de violence envers les femmes^{35,36}. D'après nos conclusions et les données probantes dont on dispose sur l'efficacité des interventions^{35,36}, c'est une condition nécessaire mais non suffisante. Nous recommandons également le développement et la stabilisation d'un système coordonné d'intervenants auprès des victimes de violence envers les femmes reposant sur le système de santé afin de répondre aux besoins spécifiques des survivantes à la violence envers les femmes se retrouvant dans le système de soins de santé et de renforcer le processus d'identification et de référencement des patientes à risque. Les intervenants auprès des victimes de violence envers les femmes dans l'ensemble des secteurs doivent également être formés et doivent disposer de ressources pour répondre aux situations impliquant à la fois de la violence envers les femmes et d'autres formes de marginalisation (aide sociale aux survivantes sans statut de résidence permanente, services d'interprétation, etc.).</p>
I. Renforcer la coordination et la collaboration du système juridique et du système de lutte contre la violence envers les femmes	<p>De manière similaire à l'accent qui a été mis sur la réforme du système judiciaire dans le guide de mise en œuvre du PAN d'Hébergement femmes Canada¹³ et en nous fondant sur l'analyse actuelle, nous recommandons une formation sur la violence envers les femmes pour l'ensemble du système judiciaire et l'intégration d'intervenants désignés auprès des victimes de violence envers les femmes dans les systèmes de justice familiale et pénale pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • renforcer le processus décisionnel tenant compte des traumatismes et antiraciste (incluant la protection des enfants et le dépôt obligatoire d'accusations) afin qu'il réponde aux besoins complexes des survivantes à la violence envers les femmes (tenant compte de l'ethnicité, de la race, du handicap, du statut socioéconomique, du genre ou de l'identité sexuelle, de l'âge et du lieu de résidence); • s'assurer que les mécanismes de référencement appropriés sont mobilisés pour toutes les survivantes à la violence envers les femmes; • prévenir le maintien des schémas de maltraitance envers les survivantes au sein du système judiciaire (par les auteurs de violence ou par les professionnels). <p>De plus, dans le cadre de toutes les interactions avec le système judiciaire (incluant la police), les survivantes qui ne parlent pas anglais devraient pouvoir avoir accès à un service d'interprétation approprié.</p>
Mettre en œuvre et évaluer les stratégies de prévention primaire pour la lutte contre la violence envers les femmes	
J. Améliorer les programmes d'éducation dès le jeune âge	<p>Pour donner suite aux précédentes consultations sur le PAN^{13,50}, nous recommandons l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme adapté à l'âge pour les enfants d'âge scolaire afin de prévenir la violence envers les femmes en collaboration avec les systèmes d'éducation provinciaux. Nos travaux soulignent l'importance d'aborder les relations saines et l'expression du genre ainsi que ce qui constitue la violence.</p>
K. Mobiliser les garçons et les hommes dans le cadre des efforts de prévention de la violence envers les femmes	<p>Le guide de mise en œuvre du PAN d'Hébergement femmes Canada contient des recommandations exhaustives sur l'orientation des efforts de prévention de la violence envers les femmes destinés aux garçons et aux hommes¹³. Notre analyse souligne l'importance d'augmenter les fonds dédiés à la conception et à la prestation d'interventions éducatives et de soutien destinés aux garçons et aux hommes – peut-être dans certains cas par des organismes de lutte contre la violence envers les femmes et dans d'autres, avec leur collaboration – avec la mise en garde importante de ne pas limiter pour autant le bassin de financement des services de soutien axés sur les femmes⁴⁸.</p>
L. Mettre en œuvre des politiques de redistribution et des politiques transformatrices de genre^b	<p>Renforcer les réponses structurelles à la violence envers les femmes (par l'entremise de politiques de redistribution et de politiques transformatrices de genre) aura également des répercussions sur la prévention primaire, grâce à l'amélioration équitable des services de soutien sociaux et économiques disponibles pour les femmes dont les enfants risquent davantage d'être victimes de violence ou d'en être auteurs plus tard dans leur vie. Les points de vue d'une diversité de survivantes à la violence envers les femmes et d'experts doivent être intégrés de façon significative dans l'analyse et la planification des politiques.</p>

Abréviations : CAD, dollars canadiens; PAN, Plan d'action national.

^a Voir aussi le groupe L.

^b Voir aussi le groupe G.

marginalisation. Par exemple, 70 % des survivantes interrogées se sont définies comme des personnes racialisées, contrairement à la seule autre étude, pour l'instant, sur les services de lutte contre la violence envers les femmes au Canada dans le contexte de la pandémie où des survivantes à la violence envers les femmes ont été interrogées, dans laquelle toutes les survivantes à la violence envers les femmes interrogées étaient des participantes d'origine blanche¹⁰.

En outre, la majeure partie des participantes de notre échantillon se sont identifiées comme femmes cis hétérosexuelles et la plupart des survivantes étaient marginalisées sur le plan économique. Nous avons également observé que les organismes communautaires et le personnel de première ligne racialisé ont eu tendance à faire face à plus d'obstacles dans leur participation à cette étude (par exemple temps dans leur jour de travail), ce qui illustre, du moins en partie, les désavantages structurels qui touchent de façon disproportionnée ces personnes. À

la lumière de ces limites, des expériences et des points de vue nuancés au sein de diverses communautés méritent donc d'être étudiés davantage.

De plus, notre étude fournit un instantané riche des perspectives touchant la région de Toronto. Comme il s'agit de l'agglomération la plus importante et la plus diversifiée du Canada, avec de vastes services de santé et services sociaux, elle offre un contexte essentiel pour guider le PAN, particulièrement en ce qui concerne les recommandations ciblant la collaboration

entre systèmes et un soutien d'ensemble aux survivantes qui tiennent compte de la complexité des divers facteurs sociaux en jeu. Toutefois, d'autres municipalités et administrations (comme les régions rurales et éloignées bénéficiant de moins de services ou de services plus condensés) auront des besoins spécifiques qui devront être étudiés et abordés dans le PAN. L'un des domaines importants que pourraient aborder d'autres recherches et politiques est l'élaboration et la mise en œuvre d'un PAN axé sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, plan qui devra être dirigé par les communautés autochtones elles-mêmes.

Conclusion

Dans la mesure où le gouvernement fédéral s'est engagé à financer un PAN visant à mettre fin à la violence envers les femmes et ait suggéré un cadre de haut niveau, c'est le bon moment pour mettre en œuvre les recommandations tirées de notre étude et des précédents rapports sur le PAN. Il faut inclure l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan clairement défini ainsi qu'un système de surveillance et d'évaluation féministe, intersectionnel et prenant en compte les traumatismes pour maximiser la probabilité d'une prévention durable et efficace.

Remerciements

Nous remercions les Instituts de recherche en santé du Canada (PCS-183421), la Fondation Temerty et l'Université de Toronto pour le financement qu'ils nous ont accordé par l'entremise de la COVID-19 Action Initiative de Toronto, la Faculté de médecine de l'Université de Toronto par l'entremise de l'Equity, Diversity, and Inclusion Fund et la St. Michael's Hospital Foundation.

Nous sommes très reconnaissants envers les participants de l'étude MARCO-VAW qui ont rendu ce travail possible et le Toronto Region Violence Against Women Coordinating Committee, qui a agi en tant que groupe consultatif pour l'étude MARCO-VAW. Nous remercions le Woman Abuse Council of Toronto pour l'appui offert à nos pairs chercheuses. Nous aimerions également reconnaître le soutien offert à l'équipe de l'étude MARCO, en particulier les enquêteurs principaux Ahmed Bayoumi et Michelle Firestone ainsi que les coordonnatrices de la recherche Fiqir Worku et Kimia Khoe.

Conflits d'intérêts

Priya Shastri et Elizabeth Tremblay travaillent pour le Toronto Region Violence Against Women Coordinating Committee (VAWCC). Le VAWCC est financé par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario (MSESSC), qui est le bailleur de fonds principal pour plusieurs organismes de lutte contre la violence envers les femmes dans la région du Grand Toronto. Maria Huijbregts travaille pour Family Service Toronto, qui reçoit des fonds du MSESSC.

Contributions des auteures et avis

ARY et PS ont dirigé la conception de l'étude de collaboration avec CM, ET, MA, PO, RM, JDM, MH, LH et AS. ARY, PS, CM, ET et MA ont mené les entrevues de l'étude. ARY et BS se sont chargées de l'analyse des données avec le soutien de CM et de MA. ARY et BS ont dirigé l'interprétation des données en collaboration avec CM, ET, MA, PO, RM, JDM, MH, LH, AS et PS. ARY a rédigé la première ébauche de l'article avec l'appui de BS. ARY, BS, CM, ET, MA, PO, RM, JDM, MH, LH, AS et PS ont révisé l'article et approuvé la version finale pour publication.

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

Références

1. Conseil de l'Europe. La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. Istanbul (TR) : Conseil de l'Europe; 2011 [consultation le 30 novembre 2022]. En ligne à : <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence>
2. Assemblée générale des Nations Unies. A/RES/63/155 : Intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes. New York (NY) : Assemblée générale des Nations Unies; 2009. En ligne à : <https://digitallibrary.un.org/record/644013?ln=fr>

3. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stockl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève (CH) : World Health Organization; 2013.
4. Cotter A. Violence entre partenaires intimes au Canada, 2018 : un aperçu. Juristat. 2021:2021001.
5. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2224–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
6. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359(9314):1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
7. Potter LC, Morris RG, Hegarty K, García-Moreno C, Feder G. Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence. *Int J Epidemiol*. 2020;50(2):652–662. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa220>
8. Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis. *J Crim Justice*. 2021; 74:101806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
9. Yakubovich AR, Maki K. Preventing gender-based homelessness in Canada during the COVID-19 pandemic and beyond: the need to account for violence against women. *Violence Women*. 2022;28(10):2587–2599. <https://doi.org/10.1177/10778012211034202>
10. Wathen CN, Burd C, MacGregor JCD, et al. "We're so limited with what we actually can do if we follow all the rules": a qualitative study of the impact of COVID-19 public health protocols on violence against women services. *BMC Pub Health*. 2022;22: 1175. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13550-w>

11. Yakubovich AR, Shastri P, Steele B, et al. Adapting the violence against women systems response to the COVID-19 pandemic: an overview of results from the MARCO-VAW study. Toronto (Ont.) : MAP Centre for Urban Health Solutions, St. Michael's Hospital, Unity Health Toronto; 2022. En ligne à : <https://maphealth.ca/wp-content/uploads/VAW-Report-2022.pdf>
12. Hébergement femmes Canada. Nouvel appel au Canada à développer et mettre en œuvre un plan d'action national sur la violence faite aux femmes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Hébergement Femmes Canada; 2019. En ligne à : <https://endvaw.ca/wp-content/uploads/2019/09/PAN-VFF-Election-2019.pdf>
13. Dale A, Maki K, Nitia R. A report to guide the implementation of a national action plan on violence against women and gender-based violence. Ottawa (Ont.) : Women's Shelters Canada/Hébergement Femmes Canada; 2021. En ligne à : <https://nationalactionplan.ca/wp-content/uploads/2021/06/NAP-Final-Report.pdf>
14. ONU Femmes. Manuel sur les plans nationaux de lutte contre la violence à l'égard des femmes. New York (NY), ONU Femmes; 2012. En ligne à : <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2012/7/HandbookNationalActionPlansOnVAW-fr%20pdf.pdf>
15. Koshan J, Mosher J, Wieggers W. The costs of justice in domestic violence cases: mapping Canadian law and policy. Dans : Farrow T, Jacobs L, dir. The justice crisis: the cost and value of accessing law. Vancouver (BC) : UBC Press; 2020 : p. 149-170.
16. Association canadienne pour mettre fin à la violence. Déclaration conjointe sur la publication du Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le sexe. Ottawa (Ont.), Association canadienne pour mettre fin à la violence; 2022. En ligne à : <https://endingviolencecanada.org/wp-content/uploads/2022/11/Declaration-conjointe-sur-PAN.pdf>
17. Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann.* 2001;32(1):1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00001.x>
18. Seff I, Vahedi L, McNelly S, Kormawa E, Stark L. Remote evaluations of violence against women and girls interventions: a rapid scoping review of tools, ethics and safety. *BMJ Glob Health.* 2021;6(9):e006780. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006780>
19. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health.* 2019;11(4):589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
20. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Women.* 1998;4(3):262-290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
21. Crenshaw KW. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev.* 1991;43(6):1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
22. McPhail BA, Busch NB, Kulkarni S, Rice G. An integrative feminist model: the evolving feminist perspective on intimate partner violence. *Violence Women.* 2007;13(8):817-841. <https://doi.org/10.1177/1077801207302039>
23. Robinson SR, Ravi K, Voth Schrag RJ. A systematic review of barriers to formal help seeking for adult survivors of IPV in the United States, 2005-2019. *Trauma Violence Abuse.* 2021; 22(5):1279-1295. <https://doi.org/10.1177/1524838020916254>
24. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015;385(9977):1555-1566. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
25. Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P, Weintraub S. A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *Am J Community Psychol.* 2005;36(1-2):71-84. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6233-6>
26. West JJ. Doing more harm than good: negative health effects of intimate-partner violence campaigns. *Health Mark Q.* 2013;30(3):195-205. <https://doi.org/10.1080/07359683.2013.814482>
27. Durbin A, Bondy SJ, Durbin J. The association between income source and met need among community mental health service users in Ontario, Canada. *Community Ment Health J.* 2012;48(5):662-672. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9469-7>
28. Yakubovich AR, Bartsch A, Metheny N, Gesink D, O'Campo P. Housing interventions for women experiencing intimate partner violence: a systematic review. *Lancet Public Health.* 2021;7(1):e23-e35. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00234-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00234-6)
29. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014;109(3):379-391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>
30. Maki K. Breaking the cycle of abuse and closing the housing gap: second stage shelters in Canada. Ottawa (Ont.) : Women's Shelters Canada/Hébergement Femmes Canada; 2020. En ligne à : <https://endvaw.ca/wp-content/uploads/2020/09/Second-Stage-Shelters-Full-Report.pdf>
31. Schwan K, Versteegh A, Perri M, et al. The state of women's housing needs and homelessness in Canada: literature review. Toronto (Ont.) : Canadian Observatory on Homelessness Press; 2020. En ligne à : https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/state_womens_homelessness_10072020.pdf
32. Watson Hamilton J. Reforming residential tenancy law for victims of domestic violence. *Annu Rev Interdiscip Justice Res.* 2019;8:245-276.
33. Canadian Council on Social Development. Domestic violence in sponsor relationships among immigrant and refugee women and its links to homelessness: implications for service delivery. Ottawa (Ont.) : Human Resources and Social Development Canada; 2006. En ligne à : https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/NRP_ENDomestic_Violence_in_Sponsor_Relationship_samong.pdf

34. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;5(5):CD012423. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>
35. Dheensa S, Halliwell G, Daw J, Jones SK, Feder G. "From taboo to routine": a qualitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for domestic violence and abuse. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:129. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4924-1>
36. Sohal AH, Feder G, Boomla K, et al. Improving the healthcare response to domestic violence and abuse in UK primary care: interrupted time series evaluation of a system-level training and support programme. *BMC Med.* 2020;18:48. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1506-3>
37. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015;385(9977):1567-1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
38. Hamberger LK, Larsen SE, Lehrner A. Coercive control in intimate partner violence. *Aggress Violent Behav.* 2017; 37:1-11. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.08.003>
39. MacMillan HL, Kimber M, Stewart DE. Intimate partner violence: recognizing and responding safely. *JAMA.* 2020;324(12):1201-1202. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11322>
40. Day AS, Gill AK. Applying intersectionality to partnerships between women's organizations and the criminal justice system in relation to domestic violence. *Brit J Criminol.* 2020;60(4):830-850. <https://doi.org/10.1093/bjc/azaa003>
41. Wall-Wieler E, Roos LL, Bolton J, Brownell M, Nickel NC, Chateau D. Maternal health and social outcomes after having a child taken into care: population-based longitudinal cohort study using linkable administrative data. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(12):1145-1151. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209542>
42. Goodman LA, Fauci JE. The long shadow of family separation: a structural and historical introduction to mandated reporting in the domestic violence context. *J Fam Violence.* 2020; 35(3):217-223. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00132-w>
43. Sheehy E, Boyd SB. Penalizing women's fear: intimate partner violence and parental alienation in Canadian child custody cases. *J Soc Welf Fam Law.* 2020;42(1):80-91. <https://doi.org/10.1080/09649069.2020.1701940>
44. Letourneau N, Duffy L, Duffett-Leger L. Mothers affected by domestic violence: intersections and opportunities with the justice system. *J Fam Violence.* 2012;27(6):585-596. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9451-3>
45. Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet.* 2015; 385(9977):1580-1589. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4)
46. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: systematic review and meta-analyses of prospective-longitudinal studies. *Am J Public Health.* 2018; 108(7):e1-e11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304428>
47. Sev'er A. A feminist analysis of flight of abused women, plight of Canadian shelters: another road to homelessness. *J Soc Distress Homeless.* 2002; 11(4):307-324. <https://doi.org/10.1023/A:1016858705481>
48. Tunney J. Government report acknowledges 'feminist' federal budget benefits men more than women. *CBC News [Internet];* 2022, 9 avril [consultation le 30 novembre 2022]. En ligne à : <https://www.cbc.ca/news/politics/women-budget-2022-gender-inequity-1.6414178>
49. Bourey C, Williams W, Bernstein EE, Stephenson R. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health.* 2015;15:1165. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2460-4>
50. WomanACT. What we heard: developing Canada's National Action Plan to end gender-based violence. Toronto (Ont.) : WomanACT; 2021. En ligne à : <https://womanact.ca/publications/national-action-plan-to-end-gender-based-violence-what-we-heard/>
51. Braun V, Clarke V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qual Res Sport Exerc Health.* 2019; 13(2):201-216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>

Recherche quantitative originale

Isolement social, solitude et santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19

Laura L. Ooi, Ph. D. (1); Li Liu, Ph. D. (1); Karen C. Roberts, M. Sc. (1); Geneviève Gariépy, Ph. D. (2,3,4); Colin A. Capaldi, Ph. D. (1)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'isolement social et la solitude sont associés à une moins bonne santé mentale chez les aînés. Toutefois, on en sait moins sur la façon dont ces expériences sont associées de manière indépendante à une santé mentale positive pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Nous avons analysé les données des cycles de 2020 et de 2021 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale pour être en mesure d'estimer le degré d'isolement social (le fait de vivre seul), la solitude et divers indicateurs d'une santé mentale positive (bonne santé mentale autoévaluée, fort sentiment d'appartenance à la communauté locale et satisfaction moyenne à l'égard de la vie) chez les aînés en général (65 ans ou plus) et en fonction de divers groupes sociodémographiques. Nous avons également effectué des régressions logistiques et linéaires pour analyser séparément et conjointement la façon dont l'isolement social et la solitude sont associés à une santé mentale positive.

Résultats. Près de 3 aînés sur 10 ont déclaré vivre seuls, et plus du tiers ont déclaré éprouver un sentiment de solitude en raison de la pandémie. Analysés séparément, le fait de vivre seul et le sentiment de solitude ont été associés à une santé mentale positive plus faible. Dans l'analyse conjointe, le sentiment de solitude est demeuré un important facteur indépendant associé aux trois indicateurs de santé mentale positive (globalement et dans tous les groupes sociodémographiques), mais le fait de vivre seul ne s'est révélé un facteur important que dans le cas d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale dans la population globale, pour les hommes et pour les 65 à 74 ans.

Conclusion. De manière générale, l'isolement social et la solitude ont été associés à un bien-être inférieur chez les aînés au Canada pendant la pandémie. La solitude est demeurée un facteur important associé à tous les indicateurs de santé mentale positive après ajustement pour l'isolement social, mais non l'inverse. Ces résultats montrent qu'il faut repérer et soutenir adéquatement les aînés qui souffrent de solitude pendant (et après) une pandémie.

Mots-clés : COVID-19, aînés, isolement social, vivre seul, solitude, santé mentale positive

Introduction

La pandémie de COVID-19 a eu des effets négatifs considérables sur la santé mentale des Canadiens^{1,2}. Bien que les aînés (65 ans et plus) semblent s'en sortir

comparativement mieux que des groupes d'âge plus jeunes^{1,3,4}, la pandémie a tout de même eu un effet sur la santé mentale de nombre d'entre eux⁵. Par exemple, au printemps 2021, le tiers (33 %) des aînés ont déclaré que leur santé mentale s'était

Points saillants

- Cette étude a porté sur les associations entre l'isolement social (le fait de vivre seul), la solitude et une santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19.
- Près de 3 aînés sur 10 ont déclaré vivre seuls, et plus du tiers ont déclaré éprouver un sentiment de solitude en raison de la pandémie.
- Analysés séparément, le fait de vivre seul et la solitude ont été associés à un bien-être inférieur mais, dans l'analyse conjointe, seule la solitude s'est révélée associée de façon statistiquement significative à une santé mentale positive, de manière générale et dans les groupes sociodémographiques.
- Les hommes et les 65 à 74 ans vivant seuls (par opposition à ceux vivant avec une autre personne) sont également plus susceptibles d'avoir une moins bonne santé mentale.

détériorée depuis le début de la pandémie⁶. Par ailleurs, outre une plus faible moyenne en ce qui concerne la satisfaction à l'égard de la vie¹, les aînés ont été moins nombreux à déclarer avoir une bonne santé mentale autoévaluée au début de 2021 par rapport à la période précédant la pandémie⁴. Étant donné qu'ils constituent près du cinquième (19 %) de la population canadienne⁷, il est urgent de faire attention aux effets secondaires de la pandémie sur la santé mentale des aînés⁸.

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Montréal (Québec), Canada
3. Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
4. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Laura Ooi, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; courriel : laura.ooi@phac-aspc.gc.ca

Les chercheurs ont souligné que les perturbations sociales durant la pandémie ont contribué de façon importante à la dégradation de la santé mentale de certains aînés^{5,9}. L'isolement social (défini comme un manque objectif de contacts sociaux et de réseau social)⁹ et la solitude (définie comme une insatisfaction perçue à l'égard des relations sociales)¹⁰ sont associés à des problèmes de santé physique et mentale^{11,12} et à un bien-être moindre chez les aînés^{13,14}. Avant la pandémie, les aînés couraient déjà un risque accru d'isolement social et de solitude¹² pour des raisons liées aux événements de vie (retraite, deuil, limites dues à des problèmes de santé/mobilité, etc.)¹⁵ et pour des raisons liées à la collectivité et à la société (âgisme, obstacles sur le plan du transport, accès inadéquat à la technologie numérique, etc.)¹⁶. En effet, au Canada, plus du quart des aînés résidant dans la collectivité vivent seuls^{14,17}, un indicateur général d'isolement social¹⁸⁻²⁰. Il a également été estimé qu'environ 20 % des aînés éprouvent de la solitude au moins de temps en temps²¹.

Les protocoles de distanciation physique mis en œuvre au cours de la pandémie sont susceptibles d'avoir exacerbé le risque d'isolement social et de solitude des aînés, car ces derniers ont été particulièrement encouragés à s'éloigner des autres en raison de la probabilité accrue d'atteinte grave, d'hospitalisation et de décès dus à la COVID-19⁴. Au cours de l'automne 2020, près du tiers (31 %) des aînés ont déclaré vouloir participer à davantage d'activités sociales, mais la plupart d'entre eux (76 %) ont mentionné les restrictions sanitaires pour justifier le fait de s'en abstenir²². Bon nombre d'entre eux avaient également des difficultés avec les technologies de communication, pourtant essentielles pour le maintien des liens sociaux pendant la pandémie²¹. Par conséquent, un nombre important de ces personnes n'avaient plus accès aux soutiens sociaux et aux réseaux qu'elles avaient à l'extérieur de la maison. Ainsi, 11 % des aînés ont déclaré se sentir souvent seuls à l'automne 2020, soit une hausse par rapport au taux de 7 % de 2019²². Des proportions encore plus importantes (26 % à 43 %) de certaines populations d'aînés ont déclaré se sentir seules au moins de temps en temps durant la pandémie^{21,23}. Fait important, les aînés qui ont connu la solitude ou l'isolement social pendant la pandémie (par exemple ceux vivant seuls) semblent être plus susceptibles

d'éprouver des problèmes de santé mentale⁵.

Toutefois, il est important de faire la distinction entre l'isolement social et la solitude et de différencier leurs effets sur la santé. Puisque ces deux notions ont en commun une déconnexion sociale et que leurs effets sur la santé se chevauchent en apparence, l'isolement social et la solitude sont souvent considérés comme des termes interchangeables²⁴ ou sont opérationnalisés de façon analogue, ou les deux²⁵. Cependant, si l'isolement social est un manque objectif de contacts sociaux, la solitude est une notion subjective qui correspond au sentiment d'être seul. Ainsi, il est possible d'être isolé sur le plan social (vivre seul, avoir des contacts sociaux limités) mais de ne pas se sentir seul et à l'inverse, il est possible de se sentir seul malgré le fait d'avoir des contacts sociaux^{26,27}.

En effet, le degré de corrélation entre l'isolement social et la solitude n'est que faible ou modéré^{15,19,28,29}, ce qui laisse entendre qu'il s'agit d'expériences apparentées mais distinctes²⁹. De plus, lorsqu'on analyse les effets indépendants de l'isolement social et de la solitude chez les aînés en les modélisant conjointement³⁰, on constate que l'isolement social est associé de façon spécifique ou plus systématiquement à des problèmes de santé physique et au décès^{15,29}, alors que la solitude est indépendamment ou plus étroitement associée à des problèmes de santé mentale (comme la dépression)^{28,29,31}. Cependant, nous savons très peu de choses au sujet de ces effets indépendants potentiels sur la santé mentale positive³², une dimension importante de la santé mentale et globale d'une personne. Dans un échantillon représentatif d'aînés en Allemagne, on a mesuré une association négative statistiquement significative entre la solitude (mais non le fait de vivre seul) et un affect positif, et la solitude s'est révélée un meilleur prédicteur d'une faible satisfaction à l'égard de la vie que le fait de vivre seul²⁸. Il semble donc être important de faire la distinction entre l'isolement social et la solitude et d'étudier ces deux phénomènes de façon conjointe pour en comprendre les effets spécifiques sur la santé.

De plus, certains groupes d'aînés peuvent présenter un risque spécifique d'isolement social, de solitude et de problèmes de santé mentale connexes. Par exemple, les

femmes âgées au Canada sont plus susceptibles de vivre seules que les hommes âgés^{13,17,33}. Dans le contexte de la pandémie, les femmes âgées sont aussi plus susceptibles de faire état d'un sentiment de solitude²¹ et moins susceptibles de faire état d'une bonne santé mentale autoévaluée que les hommes¹. L'âge peut également constituer un facteur important. Par exemple, la satisfaction à l'égard de la vie semble augmenter avec l'âge chez les aînés³⁴ malgré une augmentation concomitante du taux de personnes vivant seules¹³. Les personnes de 75 ans ou plus ont été également plus susceptibles de déclarer se sentir toujours ou souvent seules pendant la pandémie que celles de 65 à 74 ans³⁵. Enfin, les aînés dont le statut socioéconomique est faible risquent d'être plus vulnérables à l'isolement³³ et d'avoir une moins bonne santé mentale pendant la pandémie⁵. On ignore toutefois si les associations entre l'isolement social, la solitude et une santé mentale positive varient en fonction des groupes sociodémographiques. En conséquence, nous avons cherché à fournir des estimations pour l'ensemble de la population des aînés, en effectuant une stratification en fonction du sexe, du groupe d'âge et du niveau de scolarité, afin d'avoir une compréhension nuancée des expériences sociales des aînés et de leur santé mentale positive pendant la pandémie.

Plus précisément, notre premier objectif était de fournir une estimation des indicateurs d'une santé mentale positive (bonne santé mentale autoévaluée, satisfaction à l'égard de la vie, fort sentiment d'appartenance à la communauté locale), de l'isolement social (vivre seul) et du sentiment de solitude chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19 (automne 2020 et hiver/printemps 2021). De façon analogue à ce qui a été observé antérieurement^{1,13,17,21,33-35}, nous nous attendions à certaines différences dans la prévalence de l'isolement social, de la solitude et des indicateurs de santé mentale positive en fonction des groupes sociodémographiques. Notre deuxième objectif était d'étudier l'isolement social et la solitude séparément et conjointement pour déterminer s'ils étaient associés aux indicateurs de santé mentale positive. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'isolement social et la solitude, étudiés séparément, seraient tous deux associés aux indicateurs de santé mentale positive, après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques. Toutefois, en tenant compte de la variance

partagée entre ces deux concepts, conformément aux observations précédentes^{28,29,31}, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la solitude, mais non l'isolement social, demeurerait associée aux indicateurs de santé mentale positive de façon statistiquement significative. Étant donné le caractère novateur et exploratoire de ces analyses menées dans divers groupes sociodémographiques, nous n'avons aucune hypothèse précise concernant ces associations selon le sexe, l'âge ou le niveau de scolarité.

Méthodologie

Sources de données et participants

Nous avons effectué une analyse secondaire des données transversales tirées des cycles de 2020³⁶ et de 2021³⁷ de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), recueillies par Statistique Canada entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020 puis entre le 1^{er} février et le 7 mai 2021. La population cible était les personnes de 18 ans ou plus vivant dans l'une des 10 provinces ou des 3 capitales territoriales du Canada. Un échantillon aléatoire de logements a été choisi dans chaque province et capitale territoriale, et un répondant adulte a été choisi dans chaque logement. Ont été exclues de l'enquête les personnes vivant dans une réserve, les personnes vivant en établissement et, dans le cas des territoires, les personnes vivant en dehors de la capitale territoriale. Les répondants ont participé volontairement au sondage au moyen d'un questionnaire électronique ou d'une entrevue téléphonique assistée par ordinateur.

Le taux de réponse a été de 53,3 % (n = 14 689 répondants) pour l'ECSM de 2020 et de 49,3 % (n = 8 032 répondants) pour l'ECSM de 2021. Parmi ces répondants, 12 344 (ECSM de 2020) et 6 592 (ECSM de 2021) ont accepté de transmettre leurs réponses à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Pour les besoins de notre analyse, nous avons limité l'échantillon aux personnes de 65 ans ou plus (3 493 dans l'ECSM de 2020 et 1 839 dans l'ECSM de 2021). Afin d'obtenir une taille d'échantillon suffisante pour les analyses, nous avons regroupé les données des deux cycles, ce qui porte le nombre total de répondants à 5 332. Les caractéristiques sociodémographiques combinées sont présentées dans le tableau 1.

Mesures

Indicateurs de bonne santé mentale

Conformément au Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC^{32,38}, nous avons utilisé une bonne santé mentale autoévaluée, un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale et une satisfaction à l'égard de la vie comme indicateurs d'une santé mentale positive. La santé mentale autoévaluée a été évaluée au moyen de la question « En général, comment est votre santé mentale? » et des choix de réponses « Excellente », « Très bonne », « Bonne », « Passable » et « Mauvaise ». Les personnes ayant répondu que leur santé mentale était « Excellente » ou « Très bonne » ont été codées comme ayant une bonne santé mentale autoévaluée. Le sentiment d'appartenance à la communauté locale a été évalué au moyen de la question « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? » et les choix de réponse étaient : « Très fort », « Plus ou moins fort », « Plus ou moins faible » et « Très faible ». Les

personnes ayant répondu « Très fort » ou « Plus ou moins fort » ont été codées comme ayant un sentiment d'appartenance à leur communauté locale fort. Le degré de satisfaction à l'égard de la vie a été mesuré à l'aide de la question « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie “Très insatisfait” et 10 signifie “Très satisfait”, quel sentiment éprouvez-vous présentement à l'égard de votre vie en général? » et les réponses ont été traitées en tant que variables numériques.

Isolement social

Le fait de vivre seul a été utilisé comme indice d'isolement social. On a demandé aux participants « En vous incluant, combien de personnes vivent habituellement au sein de votre ménage? », les choix de réponse allant de « 1 » à « 20 ou plus ». Les réponses ont été dichotomisées, de sorte que la réponse « 1 » a été considérée comme correspondant au fait de vivre seul et toutes les autres réponses ont été considérées comme correspondant au fait de vivre avec d'autres personnes¹⁸.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage (%) pondéré et IC à 95 %
Sexe (n = 5 330)	
Hommes	46,6 (46,5 à 46,7)
Femmes	53,4 (53,3 à 53,6)
Groupe d'âge (n = 5 332)	
65 à 74 ans	63,2 (61,3 à 65,1)
75 ans ou plus	36,8 (34,9 à 38,7)
Niveau de scolarité le plus élevé (n = 5 314)	
Secondaire ou moins	44,2 (42,2 à 46,2)
Enseignement postsecondaire	55,8 (53,8 à 57,8)
Milieu de résidence (n = 5 303)	
Centre de population	78,3 (76,8 à 79,9)
Zone rurale	21,7 (20,1 à 23,2)
Appartenance à un groupe dit « racisé »^a (n = 5 267)	
Oui	9,8 (8,4 à 11,2)
Non	90,2 (88,8 à 91,6)
Immigrant (n = 5 294)	
Oui	22,8 (21,0 à 24,7)
Non	77,2 (75,4 à 79,0)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarques : Les données manquantes ont été exclues pour le calcul des pourcentages. Les personnes de diverses identités de genre ont été exclues des pourcentages associés au sexe en raison de la faible taille de l'échantillon (< 0,01 %).

^a Individus classés comme appartenant à une minorité visible ou s'étant identifiés comme autochtones.

Solitude

Le sentiment de solitude a été évalué au moyen de la question « Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19? » et les personnes ayant sélectionné l'option de réponse « Sentiments de solitude ou d'isolement » ont été codées comme ayant éprouvé un sentiment de solitude³⁹.

Covariables

Compte tenu des indications antérieures selon lesquelles le risque d'isolement social et de solitude peut différer d'un groupe d'aînés à un autre au Canada³³, les variables sociodémographiques suivantes ont été statistiquement neutralisées dans les analyses de régression : le sexe (homme, femme), le groupe d'âge (65-74 ans, 75 ans ou plus), le niveau de scolarité le plus élevé (études secondaires ou moins, études postsecondaires), le lieu de résidence (centre de population, zone rurale), l'appartenance à un groupe dit « racisé » (oui, non) et le fait d'être immigrant (oui, non). Le niveau de scolarité le plus élevé a été choisi comme indicateur du statut socioéconomique plutôt que le niveau de revenu, car bon nombre d'aînés sont susceptibles d'avoir pris leur retraite¹⁵. Les personnes classées comme appartenant à une minorité visible ou s'étant identifiées comme autochtones ont été codées comme appartenant à un groupe dit « racisé » (par opposition à « Blancs »). Les immigrants reçus et les résidents non permanents ont été codés comme immigrants (par opposition aux personnes nées au Canada)¹.

Analyses

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de poids d'échantillonnage et de poids *bootstrap* fournis par Statistique Canada afin de tenir compte de la complexité du plan d'enquête, de corriger les cas d'absence de réponse et de rendre les résultats représentatifs des aînés résidant dans la collectivité dans l'une des dix provinces ou des trois capitales territoriales.

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour calculer les pourcentages, les moyennes et les intervalles de confiance (IC) à 95 % pour toutes les variables principales de l'étude. Les différences entre les groupes sociodémographiques ont été

déterminées à partir de tests d'hypothèse bilatéraux au seuil de signification de $p < 0,05$. Ensuite, nous avons évalué la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et le pourcentage de personnes ayant déclaré une bonne santé mentale autoévaluée ainsi qu'un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale en fonction des indicateurs « personne vivant seule » et « solitude ».

Des analyses de régression logistique ont été effectuées pour explorer les associations potentielles entre le fait de vivre seul et la solitude d'une part et une bonne santé mentale autoévaluée ainsi qu'un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale d'autre part. Des analyses de régression linéaire ont été effectuées pour explorer les associations potentielles entre le fait de vivre seul et la solitude d'une part et la satisfaction à l'égard de la vie d'autre part. Nous avons d'abord saisi séparément le fait de vivre seul (modèle 1) et la solitude (modèle 2) en tant que variables explicatives, tout en contrôlant pour les covariables sociodémographiques. Ensuite, nous avons inclus conjointement le fait de vivre seul et la solitude comme variables explicatives (modèle 3) pour prendre en compte d'éventuelles variances partagées, toujours en contrôlant pour les covariables sociodémographiques. Nous avons considéré comme statistiquement significatifs les rapports de cotes associés à un IC à 95 % n'incluant pas 1,00 et les coefficients de régression associés à un IC à 95 % n'incluant pas 0.

Nous avons effectué des analyses pour l'échantillon global et nous avons réalisé une stratification en fonction du sexe (hommes, femmes), du groupe d'âge (65-74 ans, 75 ans ou plus) et du niveau de scolarité le plus élevé (secondaire ou moins, postsecondaire). Afin de maximiser la taille des échantillons, nous avons inclus dans les modèles de régression pour chaque indicateur d'une santé mentale positive toutes les personnes associées à un ensemble complet de données pour les questions pertinentes. Les personnes de diverses identités de genre ont été exclues de toutes les analyses de régression en raison d'une taille d'échantillon insuffisante. Nous avons maintenu la cohérence de la taille des échantillons dans les séries d'analyses de régression associées aux indicateurs d'une santé mentale positive pour que les modèles 1 et 2 soient comparables au modèle 3.

Résultats

Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives sont présentées dans le tableau 2. Dans l'ensemble, 70,2 % des aînés avaient une bonne santé mentale autoévaluée mais les femmes (*vs* les hommes), les personnes de 65 à 74 ans (*vs* les 75 ans ou plus) et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire) étaient moins susceptibles d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée. Près des trois quarts (74,6 %) des aînés ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale. Les femmes (*vs* les hommes), les personnes de 65 à 74 ans (*vs* les 75 ans ou plus) et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins) étaient moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale. Sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait), les aînés ont fourni un score moyen de 7,6 en ce qui concerne le degré de satisfaction à l'égard de la vie, avec des scores moyens plus faibles chez les femmes (*vs* les hommes) et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins). Dans l'ensemble, 29,0 % des aînés ont déclaré vivre seuls. Les femmes (*vs* les hommes), les personnes de 75 ans ou plus (*vs* les personnes de 65 à 74 ans) et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire) étaient davantage susceptibles de vivre seuls. Enfin, plus du tiers (34,1 %) des aînés ont déclaré se sentir seuls en raison de la pandémie, ce sentiment étant plus important chez les femmes que chez les hommes.

Le fait de vivre seul et la santé mentale positive

Les analyses du modèle 1 ont révélé que, après contrôle pour les covariables sociodémographiques, les aînés vivant seuls étaient dans l'ensemble nettement moins susceptibles de déclarer avoir une bonne santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale, et que leur degré de satisfaction à l'égard de la vie était en moyenne moins élevé que celui des personnes ne vivant pas seules (tableau 3). Ces associations

TABLEAU 2

Statistiques descriptives sur le fait de vivre seul, la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19, globalement et après stratification en fonction du sexe, du groupe d'âge et du niveau de scolarité

Variable	Ensemble n = 5 332	Sexe		Groupe d'âge		Niveau de scolarité le plus élevé	
		Hommes n = 2 306	Femmes n = 3 024	65 à 74 ans n = 3 388	75 ans ou plus n = 1 944	Secondaire ou moins n = 2 204	Enseignement postsecondaire n = 3 110
% (IC à 95 %)							
Personne vivant seule	29,0 (27,6 à 30,4)	19,2 (17,3 à 21,2)	37,6 (35,3 à 39,9)	24,7 (22,9 à 26,5)	36,5 (33,7 à 39,3)	32,4 (30,0 à 34,8)	26,5 (24,6 à 28,4)
		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Solitude	34,1 (32,3 à 35,9)	24,5 (22,1 à 27,0)	42,4 (39,7 à 45,0)	33,3 (31,1 à 35,5)	35,6 (32,3 à 38,5)	33,6 (30,8 à 36,3)	34,5 (31,9 à 37,0)
		$p < 0,001$		$p = 0,29$		$p = 0,65$	
Bonne santé mentale autoévaluée	70,2 (68,3 à 72,1)	74,5 (71,9 à 77,1)	66,5 (63,9 à 69,1)	68,6 (66,1 à 71,1)	73,0 (70,3 à 75,7)	66,6 (63,7 à 69,5)	73,1 (70,6 à 75,7)
		$p < 0,001$		$p = 0,02$		$p = 0,001$	
Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale	74,6 (72,8 à 76,4)	76,8 (74,2 à 79,4)	72,7 (70,3 à 75,1)	72,6 (70,3 à 74,9)	78,0 (75,2 à 80,8)	77,8 (75,3 à 80,3)	71,9 (69,4 à 74,4)
		$p = 0,02$		$p = 0,003$		$p = 0,001$	
Moyenne (IC à 95 %)							
Satisfaction à l'égard de la vie	7,6 (7,5 à 7,7)	7,7 (7,6 à 7,9)	7,5 (7,4 à 7,6)	7,6 (7,5 à 7,7)	7,7 (7,6 à 7,9)	7,7 (7,6 à 7,9)	7,5 (7,4 à 7,6)
		$p = 0,02$		$p = 0,07$		$p = 0,01$	

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarques : La satisfaction à l'égard de la vie a été évaluée sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait). Les différences statistiquement significatives entre les groupes sociodémographiques ($p < 0,05$) sont présentées en gras.

demeurent chez les hommes (tableau 4), les personnes de 65 à 74 ans (tableau 5) et les personnes ayant fait des études postsecondaires (tableau 6). De plus, les personnes de 75 ans ou plus vivant seules étaient nettement moins susceptibles d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée (mais pas nettement moins susceptibles d'avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale ou un faible degré de satisfaction à l'égard de la vie) que les personnes ne vivant pas seules (tableau 5). Les personnes dont le niveau de scolarité ne dépassait pas les études secondaires et qui vivaient seules présentaient un moins grand degré de satisfaction à l'égard de la vie que les personnes ne vivant pas seules (mais il n'y avait pas de différence en ce qui concerne la santé mentale autoévaluée ou le sentiment d'appartenance à la communauté locale; tableau 6).

Après ajustement pour la solitude (modèle 3), les personnes vivant seules (vs les personnes ne vivant pas seules) étaient considérablement moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à

la communauté locale dans la population globale (tableau 3), dans le cas des hommes (tableau 4) et dans le cas des personnes de 65 à 74 ans (tableau 5), avec des associations d'ampleur similaire à celles des analyses réalisées sans ajustement. Cependant, il n'y avait plus d'association statistiquement significative entre le fait de vivre seul et une bonne santé mentale autoévaluée ou un degré élevé de satisfaction à l'égard de la vie ni dans l'ensemble de l'échantillon (tableau 3) ni dans les divers groupes sociodémographiques (tableaux 4 à 6).

Solitude et santé mentale positive

Les résultats du modèle 2 ont révélé que, après prise en compte des covariables sociodémographiques, les aînés qui éprouvaient de la solitude étaient nettement moins susceptibles de déclarer avoir une bonne santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale et que leur degré de satisfaction à l'égard de la vie était considérablement moins élevé que celui des

personnes qui n'éprouvaient pas de solitude, et ce, dans l'ensemble des groupes sociodémographiques (tableaux 3 à 6). Ces associations sont demeurées statistiquement significatives (et d'une ampleur similaire) après ajustement pour le fait de vivre seul (modèle 3).

Analyse

L'objectif de notre étude était d'analyser les expériences sociales et la santé mentale positive des aînés pendant la pandémie. Bien que la majorité des aînés aient déclaré avoir une santé mentale positive pendant la pandémie, les membres de certains groupes sociodémographiques étaient moins susceptibles d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée (les femmes, les personnes de 65 à 74 ans et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins), étaient moins susceptibles d'avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale (les femmes, les personnes de 65 à 74 ans et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire) et avaient une

TABEAU 3
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19

	Bonne santé mentale autoévaluée			Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale				Satisfaction à l'égard de la vie				
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3			
	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)		
Ensemble	n = 5 068			n = 5 047				n = 5 057				
Personne vivant seule												
Oui	65,11 (62,3 à 67,9)	0,74 (0,61 à 0,89)	—	0,85 (0,70 à 1,04)	70,2 (67,5 à 72,8)	0,72 (0,59 à 0,87)	—	0,81 (0,67 à 0,99)	7,4 (7,3 à 7,5)	-0,28 (-0,45 à -0,11)	—	-0,08 (-0,23 à 0,08)
Non	76,3 (69,9 à 74,8)	(réf.)	—	(réf.)	76,4 (74,2 à 78,6)	(réf.)	—	(réf.)	7,7 (7,6 à 7,8)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	52,1 (48,6 à 55,5)	—	0,28 (0,23 à 0,35)	0,29 (0,23 à 0,35)	60,8 (57,5 à 64,2)	—	0,35 (0,29 à 0,43)	0,36 (0,29 à 0,44)	6,6 (6,4 à 6,7)	—	-1,60 (-1,79 à -1,42)	-1,60 (-1,79 à -1,40)
Non	79,2 (77,0 à 81,5)	—	(réf.)	(réf.)	81,2 (79,2 à 83,3)	—	(réf.)	(réf.)	8,2 (8,1 à 8,3)	—	(réf.)	(réf.)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : B, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité le plus élevé, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigrant et l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

moins grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie (les femmes et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire).

L'isolement social (évalué par le fait de vivre seul) et la solitude n'étaient pas rares chez les aînés pendant la pandémie. De façon analogue aux taux pré-pandémiques¹⁷, près de 3 aînés sur 10 ont déclaré vivre seuls, avec des taux plus élevés chez les femmes, les personnes de 75 ans ou plus et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins¹³. Plus du tiers des aînés ont déclaré éprouver un sentiment de solitude en raison de la pandémie et, de façon analogue à la situation pré-pandémique¹⁵, les femmes étaient plus susceptibles de déclarer éprouver de la solitude que les hommes. Étudiés séparément, le fait de vivre seul et la solitude ont été associés à une moins grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie et à une probabilité réduite d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale dans la population

globale. Lorsque le fait de vivre seul et la solitude ont été étudiés conjointement, la solitude est demeurée associée de façon statistiquement significative à tous les indicateurs d'une santé mentale positive, mais le fait de vivre seul n'était associé de façon statistiquement significative qu'à un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale, globalement et chez les hommes ainsi que chez les personnes de 65 à 74 ans.

Dans l'ensemble, nos résultats viennent en renfort aux appels visant à améliorer les liens sociaux pour favoriser le bien-être et à faire du bien-être une priorité en santé publique^{9,16}. Toutefois, comme dans les études précédentes^{28,29,31}, nos constatations laissent entendre que, chez les aînés qui résident dans la collectivité, la corrélation avec les indicateurs d'une santé mentale positive est plus cohérente dans le cas du sentiment subjectif de solitude que dans celui de la mesure objective de l'isolement social (le fait de vivre seul). En revanche, les associations entre l'isolement social et la santé mentale positive

semblent être en grande partie attribuables à la variance partagée avec la solitude³¹ ou être limitées à certains groupes sociodémographiques. Par exemple, il est possible que les hommes âgés vivant seuls soient moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale parce qu'ils ont tendance à avoir de plus petits réseaux sociaux, à avoir des contacts moins stables avec la famille et à courir un risque accru d'isolement en raison d'un divorce ou du décès de leur partenaire⁴⁰. Il est également possible que les personnes de 65 à 74 ans qui vivent seules soient moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale parce qu'il est plus rare que ces personnes vivent seules par rapport aux personnes plus âgées (ce qui est donc plus aliénant), parce qu'elles pourraient avoir récemment perdu des sources d'interaction sociale en raison de la retraite ou d'un autre changement dans leur situation¹⁵ ou parce qu'elles sont moins habituées à vivre seules que leurs homologues plus âgés.

TABEAU 4
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19, avec stratification en fonction du sexe

	Bonne santé mentale autoévaluée			Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale				Satisfaction à l'égard de la vie				
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3			
	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)		
Hommes	n = 2 190			n = 2 183			n = 2 184					
Personne vivant seule												
Oui	66,9 (62,0 à 71,9)	0,63 (0,47 à 0,85)	—	0,73 (0,53 à 1,01)	70,9 (66,0 à 75,8)	0,61 (0,45 à 0,82)	—	0,70 (0,51 à 0,96)	7,4 (7,2 à 7,6)	-0,43 (-0,71 à -0,15)	—	-0,23 (-0,50 à 0,04)
Non	76,2 (73,2 à 79,3)	(réf.)	—	(réf.)	78,3 (75,3 à 81,3)	(réf.)	—	(réf.)	7,8 (7,7 à 8,0)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	55,6 (49,7 à 61,4)	—	0,28 (0,20 à 0,38)	0,28 (0,21 à 0,39)	60,2 (54,5 à 66,0)	—	0,30 (0,22 à 0,41)	0,31 (0,23 à 0,43)	6,6 (6,3 à 6,9)	—	-1,54 (-1,85 à -1,22)	-1,51 (-1,83 à -1,18)
Non	80,5 (77,5 à 83,4)	—	(réf.)	(réf.)	81,7 (78,9 à 84,6)	—	(réf.)	(réf.)	8,1 (8,0 à 8,2)	—	(réf.)	(réf.)
Femmes	n = 2 878			n = 2 864			n = 2 873					
Personne vivant seule												
Oui	64,3 (60,9 à 67,7)	0,80 (0,63 à 1,02)	—	0,93 (0,72 à 1,21)	69,9 (66,9 à 73,0)	0,79 (0,62 à 1,00)	—	0,89 (0,69 à 1,14)	7,4 (7,3 à 7,6)	-0,22 (-0,44 à 0,01)	—	0,01 (-0,19 à 0,20)
Non	68,0 (64,3 à 71,7)	(réf.)	—	(réf.)	74,3 (71,0 à 77,5)	(réf.)	—	(réf.)	7,6 (7,5 à 7,8)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	50,3 (46,0 à 54,6)	—	0,29 (0,22 à 0,38)	0,29 (0,22 à 0,38)	61,1 (57,2 à 65,1)	—	0,38 (0,29 à 0,50)	0,39 (0,30 à 0,51)	6,5 (6,4 à 6,7)	—	-1,65 (-1,87 à -1,43)	-1,65 (-1,88 à -1,43)
Non	77,8 (74,6 à 81,0)	—	(réf.)	(réf.)	80,7 (77,8 à 83,5)	—	(réf.)	(réf.)	8,2 (8,1 à 8,4)	—	(réf.)	(réf.)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : B, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité le plus élevé, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

Cette étude offre une information apte à orienter les politiques de santé publique et à améliorer les soins de santé aux aînés grâce à l'utilisation de stratégies ciblées d'identification et de soutien. Par exemple, les spécialistes en soins primaires (médecins de famille, travailleurs sociaux, etc.) sont particulièrement bien placés pour déceler les vulnérabilités sociales et fournir des services⁴¹. La formation des praticiens à l'évaluation des vulnérabilités sociales dans le cadre de la prestation des soins courants peut s'avérer essentielle pour repérer les personnes dont le bien-être risque d'être amoindri.

De plus, un financement est nécessaire pour les programmes et les services qui ciblent expressément la solitude chez les aînés. Par exemple, à l'échelle individuelle, des programmes qui enseignent aux aînés comment développer et conserver des relations significatives et émotionnellement satisfaisantes (par exemple l'enseignement de compétences sociales) et qui facilitent la création de liens sociaux (par exemple la participation à des activités avec des personnes ayant des intérêts similaires) peuvent être plus bénéfiques que le simple fait d'augmenter le nombre d'interactions sociales^{16,42}. L'offre

de programmes de modification cognitive qui enseignent comment recadrer les perceptions erronées au sujet des relations sociales peut également contribuer, en tant que service de santé mentale accessible à l'intention des aînés, à réduire le sentiment de solitude chez ces personnes^{16,43}, en particulier dans le contexte d'une pandémie, où les interactions sociales en personne sont limitées⁴⁴.

Cela dit, des investissements à l'échelle de la collectivité et de la société sont également nécessaires pour soutenir les aînés, notamment des investissements visant à

TABEAU 5
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19, avec stratification en fonction du groupe d'âge

	Bonne santé mentale autoévaluée			Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale			Satisfaction à l'égard de la vie					
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3			
	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)		
65 à 74 ans	n = 3 225			n = 3 216			n = 3 219					
Personne vivant seule												
Oui	62,7 (58,8 à 66,6)	0,74 (0,59 à 0,93)	—	0,93 (0,73 à 1,18)	65,9 (62,2 à 69,7)	0,67 (0,53 à 0,84)	—	0,76 (0,60 à 0,97)	7,3 (7,1 à 7,5)	-0,30 (-0,52 à -0,08)	—	-0,03 (-0,23 à 0,17)
Non	70,6 (67,5 à 73,6)	(réf.)	—	(réf.)	74,9 (72,1 à 77,6)	(réf.)	—	(réf.)	7,7 (7,5 à 7,8)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	46,8 (42,3 à 51,3)	—	0,23 (0,17 à 0,30)	0,23 (0,18 à 0,30)	59,7 (55,5 à 63,9)	—	0,40 (0,31 à 0,52)	0,41 (0,32 à 0,54)	6,5 (6,3 à 6,6)	—	-1,64 (-1,86 à -1,42)	-1,63 (-1,86 à -1,41)
Non	79,4 (76,5 à 82,4)	—	(réf.)	(réf.)	78,8 (76,1 à 81,5)	—	(réf.)	(réf.)	8,1 (8,0 à 8,2)	—	(réf.)	(réf.)
75 ans ou plus	n = 1 843			n = 1 831			n = 1 838					
Personne vivant seule												
Oui	67,9 (63,9 à 71,9)	0,72 (0,53 à 0,99)	—	0,78 (0,56 à 1,08)	75,1 (71,4 à 78,9)	0,81 (0,57 à 1,15)	—	0,90 (0,63 à 1,30)	7,5 (7,4 à 7,7)	-0,26 (-0,54 à 0,01)	—	-0,13 (-0,39 à 0,12)
Non	76,0 (72,2 à 79,8)	(réf.)	—	(réf.)	79,5 (75,7 à 83,4)	(réf.)	—	(réf.)	7,8 (7,6 à 8,0)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	60,6 (55,4 à 65,9)	—	0,40 (0,29 à 0,56)	0,41 (0,30 à 0,57)	62,7 (57,2 à 68,2)	—	0,27 (0,19 à 0,38)	0,27 (0,19 à 0,38)	6,7 (6,5 à 7,0)	—	-1,56 (-1,85 à -1,26)	-1,55 (-1,84 à -1,25)
Non	78,9 (75,5 à 82,3)	—	(réf.)	(réf.)	85,5 (82,6 à 88,5)	—	(réf.)	(réf.)	8,3 (8,1 à 8,4)	—	(réf.)	(réf.)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : B, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction du sexe, du niveau de scolarité le plus élevé, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

améliorer les infrastructures et à créer des collectivités adaptées aux aînés (transports et services accessibles, inclusion numérique, espaces extérieurs sûrs, logements abordables et bien conçus, etc.) et des investissements visant à élaborer des politiques conçues pour éliminer les obstacles systémiques à l'inclusion sociale des aînés (comme la lutte contre l'âgisme

ou les inégalités socioéconomiques)^{16,21}. Nos résultats semblent indiquer que certains groupes de population (les femmes, les personnes de 75 ans ou plus) courent un risque disproportionné d'isolement ou de solitude (ou les deux), et que ces efforts leur seraient donc particulièrement bénéfiques. Il faudra toutefois mener aussi d'autres travaux pour déterminer si ces

programmes, soutiens et politiques ont réellement une incidence positive sur la santé mentale positive.

Points forts et limites

Notre étude comble d'importantes lacunes en matière de données en analysant les répercussions élargies de la pandémie de

TABEAU 6
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19, avec stratification en fonction du niveau de scolarité

	Bonne santé mentale autoévaluée				Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale				Satisfaction à l'égard de la vie			
	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3			
	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)
Secondaire ou moins	n = 2 101				n = 2 092				n = 2 096			
Personne vivant seule												
Oui	63,3 (59,1 à 67,5)	0,81 (0,62 à 1,06)	—	0,90 (0,68 à 1,19)	74,3 (70,4 à 78,2)	0,77 (0,58 à 1,03)	—	0,83 (0,62 à 1,12)	7,5 (7,4 à 7,7)	-0,28 (-0,54 à -0,03)	—	-0,12 (-0,35 à 0,11)
Non	68,2 (64,4 à 72,0)	(réf.)	—	(réf.)	79,4 (76,3 à 82,6)	(réf.)	—	(réf.)	7,8 (7,7 à 8,0)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	46,5 (41,1 à 52,0)	—	0,27 (0,20 à 0,36)	0,27 (0,20 à 0,36)	65,7 (60,8 à 70,7)	—	0,40 (0,29 à 0,55)	0,41 (0,30 à 0,56)	6,5 (6,3 à 6,8)	—	-1,85 (-2,12, -1,57)	-1,83 (-2,11 à -1,56)
Non	76,1 (72,9 à 79,4)	—	(réf.)	(réf.)	83,6 (80,9 à 86,3)	—	(réf.)	(réf.)	8,3 (8,2 à 8,5)	—	(réf.)	(réf.)
Postsecondaire	n = 2 967				n = 2 955				n = 2 961			
Personne vivant seule												
Oui	66,7 (62,9 à 70,5)	0,68 (0,52 à 0,88)	—	0,81 (0,61 à 1,07)	66,3 (62,4 à 70,1)	0,68 (0,52 à 0,88)	—	0,79 (0,61 à 1,04)	7,3 (7,1 à 7,4)	-0,28 (-0,50 à -0,06)	—	-0,05 (-0,27 à 0,16)
Non	75,5 (72,3 à 78,6)	(réf.)	—	(réf.)	74,0 (70,9 à 77,1)	(réf.)	—	(réf.)	7,6 (7,5 à 7,8)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	56,3 (51,8 à 60,7)	—	0,30 (0,23 à 0,40)	0,31 (0,23 à 0,41)	56,7 (52,3 à 61,2)	—	0,32 (0,25 à 0,42)	0,33 (0,25 à 0,43)	6,6 (6,4 à 6,8)	—	-1,41 (-1,67 à -1,16)	-1,40 (-1,67 à -1,14)
Non	81,8 (78,7 à 84,9)	—	(réf.)	(réf.)	79,3 (76,4 à 82,2)	—	(réf.)	(réf.)	8,0 (7,9 à 8,2)	—	(réf.)	(réf.)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : B, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

COVID-19 sur la santé mentale positive à l'aide d'un échantillon d'aînés représentatif de la population. Nous avons fourni des estimations pour plusieurs indicateurs de santé mentale positive, ainsi qu'une estimation de l'isolement social et de la solitude pendant la pandémie. De plus, nous avons analysé les associations entre l'isolement social et la solitude d'une part

et la santé mentale positive d'autre part, de façon globale puis avec une stratification en fonction du sexe, du groupe d'âge et du niveau de scolarité.

Malgré ces contributions, nos conclusions sont à interpréter dans le contexte de limitations importantes. Tout d'abord, les données de l'ECSM sont transversales, de

sorte qu'il est impossible de déterminer la causalité ou la temporalité, et des effets bidirectionnels sont possibles (ceux qui ont une moins bonne santé mentale pourraient être par exemple plus susceptibles de se sentir seuls ou d'être isolés)¹¹. Par ailleurs, il peut y avoir des effets complexes entre les variables d'intérêt qu'il est impossible d'évaluer avec les données

actuelles. Par exemple, il est possible que la solitude médie l'association entre l'isolement social et la santé mentale positive. Autrement dit, les personnes qui vivent seules seraient susceptibles d'avoir une moins bonne santé mentale parce qu'elles se sentent davantage seules.

De plus, les données n'ont pas permis d'évaluer l'isolement social ou les expériences liées à la solitude avant la pandémie, le sentiment de solitude dû à d'autres causes que la pandémie ou encore les variations d'intensité tout au long de la pandémie. Bien que la santé mentale des aînés ait été moins bonne au cours de la troisième vague que de la deuxième vague³, on ne sait pas si les associations entre les expériences sociales et la santé mentale positive ont varié à différents stades de la pandémie. Il est également possible que les personnes ayant connu une situation d'isolement ou éprouvé un sentiment de solitude de façon chronique (*vs* temporaire) avant ou pendant la pandémie aient couru un risque accru de moins bonne santé mentale⁴⁵.

Conformément aux études menées antérieurement^{18,19,28}, le fait de vivre seul a été utilisé comme indicateur de l'isolement social. Il s'agit d'une mesure facilement accessible et utile (quoiqu'imparfaite) de l'isolement social chez les aînés, en particulier lorsque les données utilisées sont fondées sur la population²⁰. Il peut constituer un indicateur particulièrement utile dans le contexte de la pandémie, quand les interactions sociales à l'extérieur du domicile sont demeurées limitées⁴. En effet, les aînés vivant seuls ont déclaré avoir moins de soutien social⁴⁶ et de contacts en personne⁴⁷ pendant la pandémie que les personnes qui ne vivaient pas seules.

Néanmoins, le fait de vivre seul ne fournit pas un portrait complet des liens sociaux d'une personne²⁰. Dans les prochaines études, il faudra tenir compte d'autres indices d'isolement social et d'intégration sociale (comme la participation sociale, la taille du réseau social, la fréquence des contacts, l'état matrimonial), du mode d'interaction sociale (en personne ou en ligne)⁴⁸ et des sources de soutien (conjoint, enfants, amis)⁴⁹ pour obtenir une compréhension plus globale des expériences sociales des aînés. Dans le même ordre d'idées, l'ECSM utilise uniquement un indicateur dichotomique de la solitude,

associé à une seule question. L'utilisation de méthodes mieux établies (validées et largement utilisées) et plus nuancées (par exemple avec plusieurs questions et des réponses à choix multiples) pour évaluer la solitude permettrait de comparer les études²⁶ et d'obtenir une évaluation des divers degrés de solitude (faible, modérée, élevée)²⁷.

Le cadre d'échantillonnage de l'ECSM exclut les personnes vivant en établissement, qui sont susceptibles d'avoir vécu des problèmes spécifiques sur le plan de l'isolement social, de la solitude et de la santé physique et mentale²¹. Ainsi, la population de notre étude inclut vraisemblablement un sous-ensemble plus sain d'aînés. Néanmoins, nos résultats sont représentatifs de la majorité de la population d'intérêt, puisque 93 % des aînés vivent dans des logements privés⁵⁰. La disponibilité des données et les tailles d'échantillon ont également limité notre capacité à étudier d'autres groupes socio-démographiques susceptibles d'être vulnérables à l'isolement ou à la solitude, ou aux deux (minorités sexuelles et de genre, personnes ayant des problèmes de santé mentale ou physique, personnes en situation de handicap, etc.)^{21,33}. En outre, il est possible que nos résultats aient différé si nous avions statistiquement neutralisé d'autres facteurs de confusion potentiels (comme les maladies mentales). Par ailleurs, l'ECSM a tenu compte du niveau de scolarité individuel, ce qui peut différer de l'utilisation du niveau de scolarité du ménage comme indicateur du statut socioéconomique et peut avoir contribué à la différence observée quant aux indicateurs d'une santé mentale positive entre les différents groupes de niveau de scolarité.

Enfin, bien que des poids d'échantillonnage aient été utilisés pour toutes les estimations, il est impossible d'exclure un biais de non-réponse, en raison du taux de réponse relativement faible aux cycles de l'ECSM.

Conclusion

Déjà vulnérables à l'isolement social, à la solitude et aux risques pour la santé qui en découlent¹², les aînés ont été encouragés à restreindre encore davantage leurs contacts en personne en raison du risque accru de conséquences néfastes associées à la COVID-19⁴. Toutefois, les répercussions de ces restrictions sur la santé

mentale des aînés ne sont pas encore pleinement comprises. Selon nos résultats, l'isolement social et la solitude durant des périodes de restriction sociale sont globalement associés à une moins bonne santé mentale chez les aînés au Canada. Cependant, lorsqu'on tient compte de la solitude et de diverses caractéristiques sociodémographiques, la plupart des associations entre l'isolement social et la santé mentale positive ne sont plus statistiquement significatives. En revanche, de façon globale et dans tous les groupes sociodémographiques analysés, la solitude est associée à une moins bonne santé mentale, et ce, même après ajustement pour l'isolement social et les covariables socio-démographiques. Ainsi, il est important de repérer et de soutenir adéquatement les aînés qui souffrent de solitude pendant (et après) une pandémie.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

LO a conçu le projet. LO et LL ont décidé de l'approche analytique. LL a effectué les analyses statistiques. Tous les auteurs ont contribué à l'interprétation des résultats, et LO a rédigé et révisé le manuscrit en fonction des commentaires formulés par LL, KR, GG et CC.

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. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11):394-414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
2. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, et al. Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11):374-393. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04f>

3. Capaldi CA, Liu L, Ooi LL, et al. Aperçu – Santé mentale autoévaluée, sentiment d'appartenance à la communauté, satisfaction à l'égard de la vie et changement perçu en matière de santé mentale chez les adultes pendant la deuxième et la troisième vagues de la pandémie de COVID-19 au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2022;42(5):247-255. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.5.05f>
4. Statistique Canada. Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les Canadiens âgés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 4 février 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2021001/article/00008-fra.pdf?st=9aGEJZze>
5. Raina P, Wolfson C, Griffith L, et al. A longitudinal analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of middle-aged and older adults from the Canadian Longitudinal Study on Aging. Nat Aging. 2021;1:1137-1147. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00128-1>
6. Statistique Canada. Tableau 13-10-0806-01 : Santé des Canadiens et COVID-19, selon l'âge et le genre de la personne [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 15 février 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080601&request_locale=fr
7. Statistique Canada. Alors que les postes vacants sont nombreux et que le taux de chômage est à un niveau historiquement bas, le Canada fait face à une vague record de retraites au sein d'une main-d'œuvre qui vieillit : le nombre de personnes de 65 ans et plus a crû six fois plus vite que celui des enfants de 0 à 14 ans [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 27 avril 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427a-fra.htm>
8. Webb LM, Chen CY. The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. Int J Geriatr Psychiatry. 2022;37(1):1-7. <https://doi.org/10.1002/gps.5647>
9. Holt-Lunstad J. A pandemic of social isolation? World Psychiatry. 2021;20(1):55-56. <https://doi.org/10.1002/wps.20839>
10. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, et al. Loneliness and health: potential mechanisms. Psychosom Med. 2002;64(3):407-417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
11. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Health Soc Care Community. 2017;25(3):799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
12. Hämmig O. Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. PLoS ONE. 2019;14(7):e0219663. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219663>
13. Srugo SA, Jiang Y, de Groh M. Conditions de logement et état de santé des aînés d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2018. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada 2020;40(1):20-25. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.1.03f>
14. Tang J, Galbraith N, Truong J. Vivre seul au Canada. [Regards sur la société, 6 mars 2019.] Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019. [N° 75-006-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2019001/article/00003-fra.htm>
15. Gilmour H, Ramage-Morin PL. Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. Rapports sur la santé. 2020;31(3):29-41. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x20200300003-fra>
16. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief [Internet]. Geneva (CH) : World Health Organization; 2021 [consultation le 11 mars 2022]. En ligne à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>
17. Agence de la santé publique du Canada. Vieillesse et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [consultation le 4 février 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/vieillesse-maladies-chroniques-profil-aines-canadiens-rapport.html>
18. Bu F, Abell J, Zaninotto P, Fancourt D. A longitudinal analysis of loneliness, social isolation and falls amongst older people in England. Sci Rep. 2020;10:20064. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77104-z>
19. Ellwardt L, van Tilburg T, Aartsen M, Wittek R, Steverink N. Personal networks and mortality risk in older adults: a twenty-year longitudinal study. PLoS ONE. 2015;10(3):e0116731. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116731>
20. Newall NE, Menec VH. A comparison of different definitions of social isolation using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. Ageing Soc. 2020;40(12):2671-2694. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000801>
21. Forum fédéral, provincial et territorial des ministres responsables des aînés. Isolement social chez les aînés pendant la pandémie [Internet]. Ottawa (Ont.) : Emploi et Développement social Canada; 2021 [consultation le 27 avril 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/rapports/covid19-isolation-sociale.html>
22. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 21 février 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211001/dq211001b-fra.htm?CMP=mstatcan>
23. Savage RD, Wu W, Li J, et al. Loneliness among older adults in the community during COVID-19: a cross-sectional survey in Canada. BMJ Open. 2021;11(4):e044517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044517>

24. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but under-assessed condition in older adults. *J Prim Prev.* 2012;33(2-3):137-152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
25. Teater B, Chonody JM, Hannan K. Meeting social needs and loneliness in a time of social distancing under COVID-19: a comparison among young, middle, and older adults. *J Hum Behav Soc Environ.* 2021;31(1-4):43-59. <https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1835777>
26. Park C, Majeed A, Gill H, et al. The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;294:113514. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>
27. Smith KJ, Victor C. Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing Soc.* 2019;39(8):1709-1730. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000132>
28. Beller J, Wagner A. Disentangling loneliness: differential effects of subjective loneliness, network quality, network size, and living alone on physical, mental, and cognitive health. *J Aging Health.* 2018;30(4): 521-539. <https://doi.org/10.1177/0898264316685843>
29. Coyle CE, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *J Aging Health.* 2012;24(8): 1346-1363. <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>
30. Menec VH, Newall NE, Mackenzi CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data. *PLoS ONE.* 2020;15(3): e0230673. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230673>
31. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav.* 2009;50(1):31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
32. Agence de la santé publique du Canada, Centre de surveillance et de recherche appliquée. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positives : statistiques rapides, adultes (18 ans et plus), Canada, édition 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/PDFs/CISSMP-2022-Statistiques-Rapides-Adultes.pdf>
33. Conseil national des aînés. Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés [Internet]. Ottawa (Ont.) : CAN; 2017 [consultation le 7 février 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2017/revue-isolement-social-aines.html>
34. Uppal S, Barayandema A. La satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées au Canada. [Regards sur la société canadienne, 2 août 2018.] Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018. [N° 75-006-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2018001/article/54977-fra.pdf?st=brmqzA15>
35. Statistique Canada. Enquête sociale canadienne : La solitude au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 23 avril 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211124/dq211124e-fra.htm?CMP=mstatcan>
36. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : Information détaillée pour septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036
37. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : Information détaillée pour février à mai 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330
38. Varin M, Palladino E, Lary T, Baker M. Aperçu – Mise à jour sur la santé mentale positive chez les adultes au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2020;40(3):96-101. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.3.04f>
39. Liu L, Capaldi CA, Dopko RL. Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021; 41(11):415-429. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.06f>
40. Klinenberg E. Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *Am J Public Health.* 2016;106(5):786-787. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303166>
41. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: approach for primary care. *Can Fam Physician.* 2020;66(3):176-182.
42. Vahia IV, Jeste DV, Reynolds CF III. Older adults and the mental health effects of COVID-19. *JAMA.* 2020; 324(22):2253-2254. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753>
43. Ma R, Mann F, Wang J, et al. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55(7):839-876. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01800-z>
44. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, et al. Strategies to promote social connections among older adults during “social distancing” restrictions. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2021;29(8):816-827. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.004>
45. Theeke LA. Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status. *Res Gerontol Nurs.* 2010;3(2): 113-125. <https://doi.org/10.3928/19404921-20091103-99>

-
46. Frank K. La COVID-19 et le soutien social des aînés : les aînés ont-ils quelqu'un sur qui compter pendant les périodes difficiles? [StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020. [N° 45280001 au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00007-fra.htm>
 47. Fingerman KL, Ng YT, Zhang S, et al. Living alone during COVID-19: social contact and emotional well-being among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2021;76(3):e116-e121. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa200>
 48. Skalacka K, Pajestka G. Digital or in-person: the relationship between mode of interpersonal communication during the COVID-19 pandemic and mental health in older adults from 27 countries. *J Fam Nurs.* 2021; 27(4):275-284. <https://doi.org/10.1177/%2F10748407211031980>
 49. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry.* 2016; 209(4):284-293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
 50. Forum fédéral, provincial et territorial des ministres responsables des aînés. Rapport sur les besoins en logement des aînés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Emploi et Développement social Canada; 2019 [consultation le 16 mai 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/rapport-besoins-logement-aines.html>

Recherche quantitative originale

Accès à du soutien en santé mentale, besoins non comblés et préférences en la matière chez les adolescents au cours de la première année de la pandémie de COVID-19

Lauren R. Gorfinkel, M.P.H. (1); Gaelen Snell, M.P.H. (1,2); David Long, M.D. (1,2); Mari del Casal, B.A. (2); Judy Wu, M.P.H. (2); Kimberly Schonert-Reichl, Ph. D. (3); Martin Guhn, Ph. D. (4); Hasina Samji, Ph. D. (2,5)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

(Publié en ligne le 18 janvier 2023)

Résumé

Introduction. La pandémie de COVID-19 a eu des effets importants sur la santé mentale des adolescents. Toutefois, on en sait peu sur la recherche de soutien, les besoins non comblés et les préférences des adolescents en matière de soins de santé mentale.

Méthodologie. L'instrument YDI (Youth Development Instrument, ou Instrument de mesure du développement des jeunes) est une enquête menée auprès d'adolescents (N = 1928; âge moyen = 17,1; écart-type [ET] = 0,3) dans des écoles de la Colombie-Britannique (Canada). Nous avons évalué, dans la cohorte de l'enquête, les caractéristiques des ressources de soutien en santé mentale consultées, la prévalence des besoins non comblés et la préférence pour les services offerts en personne ou les services offerts sur Internet.

Résultats. Dans l'ensemble, 40 % des adolescents ont déclaré avoir consulté une ressource de soutien en santé mentale et 41 % ont vu leurs besoins non comblés. Les ressources de soutien le plus souvent consultées ont été les médecins de famille ou les pédiatres (23,1 %) et les adultes à l'école (20,6 %). Le mode de prestation de soins de santé mentale préféré par les adolescents était le counseling en personne (72,4 %), suivi par les services offerts par clavardage (15,0 %), par téléphone (8,1 %) et par appel vidéo (4,4 %). La prévalence ajustée de l'accès à du soutien était élevée chez les adolescents souffrant d'anxiété (ratio de prévalence ajusté [RPa] = 1,29; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,10 à 1,51), les adolescents consommant de l'alcool (RPa = 1,14; IC à 95 % : 1,01 à 1,29), les minorités de genre (RPa = 1,28; IC à 95 % : 1,03 à 1,58) et les minorités sexuelles (RPa = 1,28; IC à 95 % : 1,03 à 1,45). La prévalence ajustée des besoins non comblés était élevée chez les adolescents souffrant de dépression (1,90; IC à 95 % : 1,67 à 2,18), les adolescents souffrant d'anxiété (RPa = 1,78; 1,56 à 2,03), les adolescentes (RPa = 1,43; IC à 95 % : 1,31 à 1,58), les minorités de genre (1,45; IC à 95 % : 1,23 à 1,70) et les minorités sexuelles (RPa = 1,15; IC à 95 % : 1,07 à 1,23).

Conclusion. Les adolescents faisant partie d'une minorité de genre ou d'une minorité sexuelle et les adolescents souffrant d'anxiété ont été plus susceptibles que les autres d'avoir parlé de leurs préoccupations en lien avec leur santé mentale et également d'avoir fait état de besoins non comblés. Les sources de soutien les plus courantes ont été les fournisseurs de soins de santé primaires et les adultes à l'école, tandis que le mode de soutien préféré a été les services en personne et le moins aimé, les services par appel vidéo.

Points saillants

- Chez les adolescents, pendant la pandémie de COVID-19, les ressources de soutien en santé mentale le plus souvent consultées ont été les fournisseurs de soins primaires et les adultes à l'école.
- Le mode de prestation de soins de santé mentale que les adolescents ont préféré était le counseling en personne et celui qu'ils ont le moins aimé, le counseling par appel vidéo.
- Les adolescents souffrant de dépression ou d'anxiété et les adolescents appartenant à une minorité de genre ou sexuelle ont été plus nombreux à avoir eu des besoins non comblés en matière de soutien en santé mentale.
- Les interventions futures devraient cibler ces groupes mal desservis et mettre l'accent sur le rôle des soins primaires, sur les interventions en milieu scolaire et sur les services offerts en personne.

Mots-clés : services de santé mentale, besoins non comblés, dépression, anxiété, consommation de substances

Rattachement des auteurs :

1. Département de médecine, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. Centre de recherche appliquée en santé mentale et en dépendances, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Burnaby (Colombie-Britannique), Canada
3. Département de psychopédagogie, de psychologie du counseling et d'éducation spéciale, Faculté de l'éducation, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
4. École de santé publique et de santé des populations, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
5. Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Lauren Gorfinkel, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, 2350 Health Sciences Mall, Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z3; courriel : lrgorfinkel@gmail.com

Introduction

La pandémie de COVID-19 a fait de la santé mentale et de la consommation de substances chez les adolescents des sources de préoccupation importantes¹, les recherches faisant état d'une hausse des taux de trouble dépressif majeur, d'anxiété généralisée et de consommation d'alcool et de cannabis depuis avril 2020^{2,3}. Durant la pandémie, une proportion non négligeable d'adolescents ont commencé à consommer des substances principalement en solitaire³, et l'on estime que près de la moitié des adolescents ont ressenti une augmentation des symptômes de dépression ou d'anxiété⁴.

À ce jour, un grand nombre d'études ont porté sur les caractéristiques associées à une mauvaise santé mentale chez les adolescents pendant cette période⁵ et en ont dégagé les facteurs de risque et les facteurs de protection^{1,6}. Certaines études ont analysé l'accès aux services de santé mentale pendant la pandémie à l'aide des données issues des dossiers administratifs, notamment les données sur les visites aux services des urgences pédiatriques^{7,8} et les aiguillages vers des services de santé mentale spécialisés^{9,10}. Ces études fournissent des renseignements essentiels sur la prestation des services de santé mentale pendant la pandémie, car ils ne sont pas limités par un biais de réponse ou par les souvenirs des participants. En revanche, les données sur l'accès à des formes de soutien en santé mentale de nature moins urgente ou moins spécialisée, par exemple les médecins de famille ou les enseignants, sont limitées.

Peu d'études ont été menées auprès d'adolescents de la population générale en comparaison de celles menées auprès de patients adolescents à partir des dossiers administratifs¹¹. Il s'agit là d'une lacune importante, car les dossiers administratifs ne permettent pas d'évaluer les besoins non comblés, du fait qu'ils ne portent que sur les adolescents qui ont eu accès à des soins. Les dossiers administratifs ne permettent pas non plus de calculer la prévalence de la recherche de soutien dans un échantillon d'adolescents issus de la population générale, étant donné qu'ils sont limités aux patients et à certaines formes de soutien en santé mentale.

Il existe également peu de données sur la perception qu'ont les adolescents des

soins de santé mentale virtuels, qui ont connu un essor rapide pendant la pandémie^{12,13}. Même si les soins virtuels sont devenus plus accessibles, on ne sait pas ce que les adolescents pensent des services en ligne ni quelles formes de soutien virtuel ils préfèrent. Selon une enquête menée en ligne, une majorité de jeunes présentant un trouble intériorisé seraient prêts à envisager le recours à des services virtuels⁴, mais cette étude incluait de jeunes adultes jusqu'à 29 ans et ne mesurait pas l'accès réel à du soutien. Ainsi, même si la pandémie a révélé des vulnérabilités dans la santé mentale des jeunes, des lacunes évidentes demeurent dans notre compréhension de la recherche de soutien, des besoins non comblés et des préférences des adolescents en matière de services de santé mentale.

C'est dans ce contexte que nous avons voulu évaluer la prévalence de l'accès à du soutien en santé mentale par les adolescents de la Colombie-Britannique au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, ainsi que les caractéristiques associées à la recherche de soutien et aux besoins non comblés en matière de soins de santé mentale. Nous avons également voulu cerner les principales sources de soutien en santé mentale et la forme de prestation de services de santé mentale préférée par les adolescents au cours de la première année de la pandémie de COVID-19. À l'aide des renseignements recueillis, nous avons tenté d'analyser le cadre et le mode de prestation optimaux de même que les populations cibles pour les interventions en santé mentale chez les adolescents pendant et après la pandémie.

Contexte : réponse à la COVID-19 dans les écoles de la Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, contrairement à de nombreuses autres provinces canadiennes et à de nombreux États américains, l'enseignement a continué de se faire en grande partie en personne tout au long de l'hiver et du printemps 2021¹⁴, ce qui nous a permis de réaliser l'enquête en personne. Toutefois, comme ailleurs dans le monde, les adolescents ne pouvaient pas participer à des activités parascolaires, à des activités récréatives ou à des rassemblements sociaux. En juin 2020, le gouvernement provincial a annoncé un investissement de cinq millions de dollars canadiens pour bonifier les ressources en santé mentale¹⁵ et la majorité de la somme investie a servi à mettre au point des

interventions en santé mentale en ligne^{13,15,16}. Toutefois, on ne sait pas ce que les adolescents ont pensé de ce modèle de soins, ni dans quelle mesure les services virtuels ont permis de répondre aux besoins en matière de santé mentale.

Methodologie

Approbation éthique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche comportementale de l'Université de la Colombie-Britannique.

Cadre et participants

L'instrument YDI (Youth Development Instrument, soit Instrument de mesure du développement des jeunes, « instrument YDI » dans la suite du texte) est une enquête informatisée en milieu scolaire menée auprès d'élèves du secondaire, en partenariat avec certains districts scolaires de la Colombie-Britannique, le Human Early Learning Partnership de l'Université de la Colombie-Britannique (HELP-UBC) ainsi que des conseillers cliniques, communautaires et gouvernementaux et des conseillers jeunesse. L'instrument YDI permet de mesurer le bien-être et le développement d'un échantillon d'élèves issus de la population générale et inscrits dans une école secondaire de la Colombie-Britannique. Dans le contexte choisi, les écoles ont en grande partie continué d'offrir les cours en personne tout au long de l'hiver et du printemps 2021, ce qui nous a permis de réaliser l'enquête en personne. Entre février et juin 2021, les écoles secondaires des districts scolaires sélectionnés ont invité les élèves de 11^e année à participer à l'étude au cours d'une journée ou d'une semaine désignée. En raison de la petite taille de ses classes, une école indépendante a également invité les élèves de 10^e et de 12^e année à participer à l'étude (n = 50). Dans l'ensemble, l'âge moyen était de 17,1 ans (écart-type = 0,3), 99,9 % des participants de l'échantillon ayant entre 16 et 18 ans.

Procédure

Les données de l'instrument YDI ont été recueillies entre février et juin 2021 auprès de tous les élèves admissibles des six districts scolaires participants et d'une école secondaire indépendante. Deux mois avant la tenue de l'enquête, nous avons fait parvenir aux écoles participantes un

guide pour la réalisation de l'enquête afin d'assurer la mise en œuvre la plus uniforme possible. Au maximum un mois avant l'enquête, nous avons envoyé des lettres de consentement passif aux parents et aux tuteurs des élèves dans le but de limiter le biais de sélection systémique. Les élèves devaient également donner leur assentiment à la recherche après avoir pris connaissance de l'information complète sur l'étude et après avoir eu l'occasion de poser des questions supplémentaires.

La plupart des participants ont répondu au questionnaire d'enquête en ligne pendant les heures de cours, en utilisant soit leur appareil personnel soit un appareil appartenant à l'école. Quatre écoles ont également envoyé par courriel un lien menant à un questionnaire d'enquête en ligne pour que les élèves absents puissent eux aussi participer à l'enquête (n = 32). L'enquête a été réalisée à l'aide de l'outil d'enquête de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC Survey Tool), qui est hébergé par Qualtrics, et remplir le questionnaire a nécessité en moyenne 45 minutes. Toutes les données ont été stockées dans le référentiel Population Data BC, une ressource multiuniversitaire d'éducation et de stockage de données individuelles dotée de protocoles solides en matière de sécurité, de confidentialité et de protection des renseignements personnels.

Mesures

Résultats

Pour évaluer l'accès à du soutien en santé mentale, nous avons utilisé la question « Au cours des six derniers mois, as-tu consulté un des endroits suivants ou une des personnes suivantes à propos de préoccupations relatives à ta santé mentale? ». Les choix de réponse proposés étaient : « Un cabinet de médecin de famille ou de pédiatre », « Une clinique sans rendez-vous », « Une clinique de soins d'urgence, un hôpital ou une salle d'urgence », « Un organisme qui offre des services en matière de santé mentale ou de dépendances aux enfants ou aux adolescents », « Un psychiatre, un psychologue, un travailleur social ou un autre type de conseiller » et « Un enseignant, un adulte ou un conseiller à l'école ». Les élèves ayant répondu positivement à l'une de ces réponses ont été considérés comme ayant eu accès à du soutien en santé mentale au cours des six derniers mois.

Pour évaluer les besoins non comblés en matière de soins de santé mentale, nous avons utilisé la question « Au cours des six derniers mois, y a-t-il eu un moment où tu as eu l'impression d'avoir besoin d'aide professionnelle pour des préoccupations en lien avec ta santé mentale (c.-à-d. des problèmes liés à tes émotions, à ton attention, à tes comportements, ou à ta consommation de drogue ou d'alcool), mais où tu n'as pas demandé d'aide? ». Les élèves ayant répondu « oui » à cette question ont été considérés comme ayant des besoins non comblés en matière de soins de santé mentale.

En outre, les élèves devaient classer par ordre de préférence les différents modes de prestation de soins de santé mentale, à savoir en personne, par téléphone, par Internet (site Web, clavardage en ligne ou par message texte) et par appel vidéo.

Indicateurs de santé mentale et de consommation de substances

Pour mesurer la dépression et l'anxiété, nous avons eu recours à des outils reconnus de dépistage fréquemment utilisés dans les enquêtes sur la population et en milieu clinique, à savoir le questionnaire PHQ-8 (Patient Health Questionnaire 8) et le questionnaire GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire 2). Un score de 10 ou plus au questionnaire PHQ-8 a été considéré comme un résultat positif au dépistage de la dépression, tandis qu'un score de 3 ou plus au questionnaire GAD-2 a été considéré comme un résultat positif au dépistage de l'anxiété^{17,18}. Nous avons mesuré la consommation d'alcool et de cannabis à l'aide des questions suivantes : « Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois as-tu bu de l'alcool (vin, spiritueux, bière, panaché)? » et « Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois as-tu fumé du cannabis (marijuana)? ». Les choix de réponse étaient les suivants : « Je n'en ai jamais bu/fumé », « Je n'en ai pas bu/fumé au cours des quatre dernières semaines », « Une fois ou quelques fois », « Chaque semaine », « La plupart des jours » et « Presque tous les jours ». À l'instar d'études antérieures^{8,19}, nous avons utilisé la réponse « Une fois ou quelques fois » comme seuil pour définir la consommation d'alcool ou de cannabis, toutes fréquences confondues, et nous avons utilisé la réponse « La plupart des jours » comme seuil pour définir la consommation quasi quotidienne d'alcool ou de cannabis^{19,20}.

Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques prises en compte ont été le genre, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et le statut socioéconomique. Pour le genre, on a demandé aux participants « Comment décrirais-tu ton genre? », avec comme choix de réponse « Garçon » (référence), « Fille » et « Autrement ». En ce qui concerne l'origine ethnique, nous avons demandé aux participants de choisir parmi une liste d'options correspondant à celles du recensement canadien. Nous avons classé les réponses à cette question en trois grandes catégories d'origine ethnique : « Blanc » (référence), « Asiatique » et « Autre ». Nous avons choisi ces trois catégories car ce sont les plus fréquentes au sein de notre échantillon, à l'instar de la Colombie-Britannique dans son ensemble²¹. Nous avons décidé à priori d'utiliser trois catégories en raison de la taille de l'échantillon et des considérations méthodologiques liées à la nécessité de préserver un degré de liberté dans les analyses statistiques.

Pour définir l'orientation sexuelle, nous avons eu recours à la question « T'identifies-tu comme étant...? », avec comme choix de réponse « Une personne hétérosexuelle », « Une personne homosexuelle (gai ou lesbienne) », « Une personne bisexuelle/pansexuelle », « Une personne asexuelle », « Une personne queer », « Une personne en questionnement/incertaine » et « Si aucune de ces réponses ne s'applique (ou si tu souhaites sélectionner plusieurs réponses), précise : ___ ». En raison de la taille de l'échantillon, nous avons classé les réponses sur l'orientation sexuelle en deux catégories (« Hétérosexualité » et « Minorités sexuelles »).

Pour mesurer le statut socioéconomique, nous avons utilisé l'échelle Family Affluence Scale à six items révisée, une échelle continue qui a été validée auprès de nombreux échantillons de jeunes^{22,23}.

Analyse statistique

Comme nous avons interrogé les élèves dans leur école secondaire, les données de l'étude forment une grappe (« cluster ») par école. Pour tenir compte de ce regroupement des données, nous avons fait l'analyse à l'aide du modèle de régression de Poisson modifié décrit par Zou et ses collaborateurs²⁴. Ce modèle offre une fonction de lien logarithmique avec une distribution de Poisson et des erreurs-types

robustes afin d'estimer le rapport de risques lorsque la prévalence du résultat est supérieure à 20 %, comme c'est le cas dans notre étude. Étant donné que notre étude est transversale, l'utilisation du modèle de régression de Poisson modifié a permis le calcul de ratios de prévalence ajustés, qui correspondent à la prévalence relative ajustée d'un résultat au sein d'un groupe d'exposition par rapport à un autre.

Nous avons évalué les associations brutes et ajustées entre, d'une part, les problèmes de santé mentale, la consommation de substances et les caractéristiques sociodémographiques et, d'autre part, (1) l'accès à du soutien en santé mentale et (2) les besoins non comblés en matière de soins de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19. Les problèmes de santé mentale pris en compte ont été la dépression et l'anxiété et la consommation de substances prise en compte a été la consommation d'alcool et de cannabis au cours du dernier mois. Les caractéristiques sociodémographiques prises en compte ont été le genre (garçon, fille, autre), l'orientation sexuelle (hétérosexualité, minorité sexuelle), l'origine ethnique (Blanc, Asiatique, autre) et le niveau d'aisance familiale (score sur l'échelle continue Family Affluence Scale). Les modèles ont été ajustés pour toutes les autres caractéristiques sociodémographiques et liées à la santé mentale. Les estimations ajustées reposent donc sur l'un des deux modèles choisis, le premier portant sur l'ensemble des prédicteurs et le fait d'avoir eu accès à du soutien en santé mentale et le second portant sur l'ensemble des prédicteurs et les besoins non comblés dont ont fait état les répondants. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 9.4 du logiciel SAS (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis), et les différences ont été considérées comme statistiquement significatives à $p < 0,05$ (test bilatéral).

Résultats

Parmi les 3 795 adolescents qui ont été invités à participer à l'étude, 2 350 ont répondu au questionnaire d'enquête (taux de réponse = 61,9 %). Après élimination des valeurs aberrantes (c.-à-d. les participants dont le temps de réponse moyen était inférieur à 2 secondes, $n = 44$) et des cas pour lesquels les données sur l'exposition ou le résultat étaient manquantes ($n = 378$), l'échantillon définitif était composé de 1 928 élèves (82,0 % de l'ensemble

des répondants) provenant de 31 écoles secondaires. De façon globale, les participants inclus dans l'étude affichaient une proportion plus grande de filles (47,5 % contre 37,3 % parmi les participants exclus) et des scores plus élevés à l'échelle Family Affluence Scale (3^e quartile = 38,6 % contre 31,8 %, 4^e quartile = 17,2 % contre 13,5 %). Nous n'avons observé aucune autre différence significative entre les participants inclus et les participants exclus (données disponibles sur demande auprès des auteurs). Le tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon.

Quelle était la prévalence des problèmes de santé mentale et de la consommation de substances chez les adolescents au cours de la pandémie de COVID-19?

Dans l'ensemble, 39,7 % des adolescents de l'échantillon ont obtenu un résultat positif au dépistage de la dépression, 43,7 % ont obtenu un résultat positif au dépistage de l'anxiété généralisée, 26,8 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours du mois précédent, 2,0 % ont signalé avoir consommé de l'alcool de façon quasi quotidienne au cours du mois précédent, 16,8 % ont affirmé avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent et 7,3 % ont indiqué avoir consommé du cannabis de façon quasi quotidienne au cours du mois précédent.

Parmi les adolescents qui ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours du mois précédent, 7,4 % l'ont fait de façon quasi quotidienne, tandis que, parmi les adolescents qui ont dit avoir fumé du cannabis au cours du mois précédent, 43,3 % l'ont fait de façon quasi quotidienne. Comparativement aux garçons, la dépression et l'anxiété étaient plus fréquentes chez les filles (dépression : 50,8 % contre 27,0 %; anxiété : 60,3 % contre 25,8 %) et chez les élèves appartenant à une minorité de genre (dépression : 79,6 % contre 27,0 %; anxiété : 79,6 % contre 25,8 %). La dépression et l'anxiété étaient également plus fréquentes chez les élèves disant appartenir à une minorité sexuelle que chez les élèves hétérosexuels (dépression : 65,1 % contre 32,6 %; anxiété : 68,4 % contre 36,8 %). Le tableau 2 présente une ventilation détaillée de la fréquence des problèmes de santé mentale et de la consommation de substances par caractéristique sociodémographique.

Quelle était la prévalence de l'accès à du soutien et des besoins non comblés en matière de soins de santé mentale chez les adolescents? Quel était le mode de prestation de soutien en santé mentale préféré par les adolescents?

Au total, 40,3 % des adolescents de l'échantillon ont déclaré avoir consulté

TABEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon, adolescents de 11^e année en Colombie-Britannique, Canada, février à juin 2021

Caractéristiques	Fréquence n (%)
Genre	
Garçon	959 (49,7)
Fille	915 (47,5)
Minorité de genre	54 (2,8)
Origine ethnique	
Blanc	1 040 (53,9)
Asiatique	462 (24,0)
Autre	426 (22,1)
Orientation sexuelle	
Hétérosexualité	1 510 (78,3)
Minorité sexuelle	418 (21,7)
Quartile du score d'aisance familiale^a	
Quartile 1	313 (16,2)
Quartile 2	539 (28,0)
Quartile 3	744 (38,6)
Quartile 4	332 (17,2)
Total	1 928

Source des données : Enquête YDI (Youth Development Instrument).

^a Plus le quartile est élevé, plus le niveau d'aisance familiale est élevé selon l'échelle Family Affluence Scale.

TABEAU 2
Prévalence des problèmes de santé mentale et de la consommation de substances par caractéristique sociodémographique chez les adolescents de 11^e année en Colombie-Britannique au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 (N = 1 928)

Caractéristiques	Fréquence, n (%)					
	Dépression	Anxiété	Consommation d'alcool au cours du dernier mois		Consommation de cannabis au cours du dernier mois	
			Consommation, toutes fréquences confondues	Consommation quasi quotidienne	Consommation, toutes fréquences confondues	Consommation quasi quotidienne
Genre						
Garçon	257 (27,0)	247 (25,8)	206 (21,5)	26 (2,7)	151 (15,7)	79 (8,2)
Fille	465 (50,8)	552 (60,3)	298 (32,6)	12 (1,3)	160 (17,5)	58 (6,3)
Minorité de genre	43 (79,6)	43 (79,6)	13 (24,1)	0 (0,0)	12 (22,2)	3 (5,6)
Origine ethnique						
Blanc	427 (41,1)	481 (46,3)	346 (33,3)	21 (2,0)	199 (19,1)	81 (7,8)
Asiatique	142 (30,7)	155 (33,5)	36 (7,8)	3 (0,6)	21 (4,5)	5 (1,1)
Autre	196 (46,0)	206 (48,4)	135 (31,7)	14 (3,3)	103 (24,2)	54 (12,7)
Orientation sexuelle						
Hétérosexualité	493 (32,6)	556 (36,8)	389 (25,8)	27 (1,8)	218 (14,4)	92 (6,1)
Minorité sexuelle	272 (65,1)	286 (68,4)	128 (30,6)	11 (2,6)	105 (25,1)	48 (11,5)
Quartile du score d'aisance familiale^a						
Quartile 1	138 (44,1)	147 (47,0)	77 (24,6)	9 (2,9)	75 (24,0)	37 (11,8)
Quartile 2	233 (43,2)	244 (45,3)	138 (25,6)	6 (1,1)	95 (17,6)	42 (7,8)
Quartile 3	269 (36,2)	309 (41,5)	198 (26,6)	13 (1,7)	109 (14,7)	47 (6,3)
Quartile 4	125 (37,7)	142 (42,8)	104 (31,3)	10 (3,0)	44 (13,3)	14 (4,2)
Total	765 (39,7)	842 (43,7)	517 (26,8)	38 (2,0)	323 (16,8)	140 (7,3)

Source des données : Enquête YDI (Youth Development Instrument).

^a Plus le quartile est élevé, plus le niveau d'aisance familiale est élevé selon l'échelle Family Affluence Scale.

une ressource de soutien en santé mentale au cours des six mois précédents et 59,7 % ont déclaré ne pas en avoir consulté. De manière similaire, 40,8 % des adolescents de l'échantillon ont mentionné avoir eu des besoins non comblés en matière de soins de santé mentale et 59,2 % ont déclaré que ce n'était pas le cas. Environ la moitié des élèves ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la dépression ou de l'anxiété ou ayant consommé de l'alcool ou du cannabis au cours du dernier mois avaient consulté une ressource en soutien en santé mentale. La proportion de jeunes dont les besoins n'ont pas été comblés était de près de 70 % du côté des adolescents souffrant de dépression ou d'anxiété, de 55 % chez les adolescents ayant consommé de l'alcool dans le dernier mois et de 60 % chez les adolescents ayant consommé du cannabis dans le dernier mois. Dans l'ensemble, les ressources de soutien le plus souvent consultées étaient les médecins de famille ou les pédiatres (23,1 %), les enseignants, les adultes ou les conseillers à l'école (20,6 %) et les professionnels de la santé mentale (14,9 %).

Le mode de prestation de soins de santé mentale préféré par les adolescents était le counseling en personne (72,4 %), suivi par les services offerts par Internet (incluant les sites Web et le clavardage en ligne ou par message texte; 15,0 %), le counseling par téléphone (8,1 %) et le counseling par appel vidéo (4,4 %). Le tableau 3 présente une ventilation détaillée de la fréquence de l'accès à du soutien en santé mentale et des besoins non comblés en matière de soins de santé mentale en fonction des préoccupations relatives à la santé mentale.

Quelles caractéristiques étaient associées à l'accès à du soutien chez les adolescents?

Dans les analyses ajustées, l'anxiété a été associée à une augmentation de 29 % de la prévalence de l'accès à du soutien en santé mentale (ratio de prévalence ajusté [RPa] = 1,29; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,11 à 1,51), tandis que la consommation d'alcool a été associée à une augmentation de 14 % de la prévalence de l'accès à du soutien en santé mentale (RPa = 1,14; IC à 95 % : 1,01 à

1,29). Il n'y avait pas de lien significatif entre la dépression (RPa = 1,11; IC à 95 % : 0,96 à 1,28) ou la consommation de cannabis (RPa = 1,12; IC à 95 % : 0,96 à 1,31) et l'accès à du soutien en santé mentale (tableau 4).

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, la prévalence de l'accès à du soutien en santé mentale était 28 % plus élevée chez les adolescents appartenant à une minorité de genre que chez les garçons (RPa = 1,28; IC à 95 % : 1,03 à 1,59) et 23 % plus élevée chez les adolescents appartenant à une minorité sexuelle que chez les hétérosexuels (RPa = 1,23; IC à 95 % : 1,04 à 1,45). La prévalence ajustée de l'accès à du soutien en santé mentale n'était pas significativement plus élevée chez les filles que chez les garçons (RPa = 1,17; IC à 95 % : 1,00 à 1,38), chez les groupes ethniques minoritaires (Asiatique par rapport à Blanc : RPa = 0,92; IC à 95 % : 0,78 à 1,08; Autre par rapport à Blanc : RPa = 1,02; IC à 95 % : 0,90 à 1,16) ou chez les adolescents dont le niveau d'aisance familiale

TABEAU 3
Prévalence de l'accès à du soutien en santé mentale et des besoins non comblés en matière de soins de santé mentale chez les adolescents ayant des préoccupations relatives à leur santé mentale au cours de la première année de la pandémie de COVID-19

	Fréquence, n (%)				
	Dépression	Anxiété	Consommation d'alcool au cours du dernier mois	Consommation de cannabis au cours du dernier mois	Total
A consulté une ressource de soutien en santé mentale, quelle qu'elle soit	386 (50,5)	430 (51,1)	254 (49,1)	168 (52,0)	777 (40,3)
Type de ressource consultée^a					
Médecin de famille ou pédiatre	216 (28,8)	240 (29,0)	149 (29,3)	97 (30,5)	440 (23,1)
Clinique sans rendez-vous	109 (14,7)	113 (13,8)	80 (15,8)	62 (19,6)	218 (11,5)
Clinique de soins d'urgence, hôpital ou salle d'urgence	78 (10,6)	78 (9,6)	63 (12,5)	42 (13,3)	144 (7,6)
Organisme offrant des services de santé mentale aux jeunes	100 (13,7)	105 (13,0)	58 (11,6)	47 (14,9)	145 (7,7)
Psychiatre, psychologue ou travailleur social	192 (25,6)	199 (24,1)	108 (21,4)	77 (24,2)	283 (14,9)
Enseignant, adulte ou conseiller à l'école	204 (27,2)	221 (26,6)	135 (26,4)	86 (27,0)	392 (20,6)
Nombre de ressources consultées					
0 ressource	379 (49,5)	412 (48,9)	263 (50,9)	155 (48,0)	1 151 (59,7)
1 ressource	152 (19,9)	180 (21,4)	98 (19,0)	60 (18,6)	355 (18,4)
2 ressources	77 (10,1)	95 (11,3)	55 (10,6)	34 (10,5)	183 (9,5)
3 ressources et plus	157 (20,5)	155 (18,4)	101 (19,5)	74 (22,9)	239 (12,4)
A fait état de besoins non comblés en matière de soins de santé mentale	535 (69,9)	564 (67,0)	284 (54,9)	190 (58,8)	787 (40,8)
Mode de prestation de soins de santé mentale préféré					
En personne	376 (72,9)	427 (72,9)	254 (75,1)	164 (75,2)	949 (72,4)
Par téléphone	43 (8,3)	42 (7,2)	33 (9,8)	16 (7,3)	106 (8,1)
Site Web, clavardage en ligne ou message texte	78 (15,1)	88 (15,0)	35 (10,4)	31 (14,2)	197 (15,0)
Par appel vidéo	19 (3,7)	29 (4,9)	16 (4,7)	7 (3,2)	58 (4,4)
Total	765 (39,7)	842 (43,7)	517 (26,8)	323 (16,8)	1 928

Source des données : Enquête YDI (Youth Development Instrument).

^a Comme les participants avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses et que certaines données sont manquantes, la somme des effectifs peut ne pas correspondre au total.

était inférieur (RPa = 0,99; IC à 95 % : 0,96 à 1,01; tableau 4).

Quelles caractéristiques étaient associées à des besoins non comblés en matière de soins de santé mentale chez les adolescents?

Dans les analyses ajustées, la dépression a été associée à une augmentation de 90 % de la prévalence des besoins non comblés (RPa = 1,91; IC à 95 % : 1,67 à 2,18), tandis que l'anxiété a été associée à une augmentation de 78 % de la prévalence des besoins non comblés (RPa = 1,78; IC à 95 % : 1,55 à 2,03). Il n'y avait pas de lien significatif entre la consommation d'alcool (RPa = 1,11; IC à 95 % : 0,98 à 1,25) ou la consommation de cannabis (RPa = 1,09; IC à 95 % : 0,97 à 1,22) et les besoins non comblés en matière de soins de santé mentale (tableau 4).

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, la prévalence des besoins non comblés en matière de soutien en santé mentale était 43 % plus élevée chez les filles que chez les garçons (RPa = 1,43; IC à 95 % : 1,30 à 1,58), 45 % plus élevée chez les adolescents appartenant à une minorité de genre que chez les garçons (RPa = 1,45; IC à 95 % : 1,23 à 1,70) et 15 % plus élevée chez les adolescents appartenant à une minorité sexuelle que chez les hétérosexuels (RPa = 1,15; IC à 95 % : 1,08 à 1,23). La prévalence des besoins non comblés était 33 % moins élevée chez les élèves asiatiques que chez les élèves blancs (RPa = 0,67; IC à 95 % : 0,60 à 0,76). Il n'y avait pas de différence significative dans la prévalence des besoins comblés pour les autres groupes ethniques minoritaires (RPa = 0,98; IC à 95 % : 0,92 à 1,04) ou les adolescents dont le niveau d'aisance familiale était

inférieur (RPa = 0,99; IC à 95 % : 0,97 à 1,01; tableau 4).

Analyse

Cette étude visait à étudier les liens entre d'une part différentes caractéristiques sociodémographiques et relatives à la santé mentale et d'autre part (1) l'accès à du soutien en santé mentale et (2) les besoins non comblés en matière de soins de santé mentale chez les adolescents de la Colombie-Britannique (Canada) pendant la pandémie de COVID-19.

Outre l'analyse de l'accès à du soutien et celle des besoins non comblés, nous avons effectué l'analyse descriptive des formes de soutien en santé mentale le plus souvent utilisées et des modes de prestation de soins en santé mentale préférés par les adolescents. Cinq grands constats s'en dégagent.

TABEAU 4
Ratios de prévalence de l'accès à du soutien en santé mentale et des besoins non comblés en matière de soins de santé mentale chez les adolescents au cours de la première année de la pandémie de COVID-19

	Ratio de prévalence, n (IC à 95 %)			
	Résultat			
	Accès à du soutien		Besoins non comblés	
	Non ajusté	Ajusté ^a	Non ajusté	Ajusté ^a
Préoccupations en lien avec la santé mentale				
Dépression	1,50 (1,37 à 1,64)**	1,11 (0,96 à 1,28)	3,23 (2,86 à 3,64)**	1,91 (1,67 à 2,18)**
Anxiété	1,60 (1,47 à 1,74)**	1,29 (1,11 à 1,51)**	3,26 (2,89 à 3,68)**	1,78 (1,55 à 2,03)**
Consommation d'alcool	1,33 (1,20 à 1,46)**	1,14 (1,01 à 1,29)*	1,54 (1,32 à 1,80)**	1,11 (0,98 à 1,25)
Consommation de cannabis	1,37 (1,22 à 1,54)**	1,12 (0,96 à 1,31)	1,58 (1,36 à 1,83)**	1,09 (0,97 à 1,22)
Caractéristiques sociodémographiques				
Genre				
Fille (par rapport à garçon)	1,39 (1,24 à 1,56)**	1,17 (1,00 à 1,38)	2,16 (1,89 à 2,47)**	1,43 (1,30 à 1,58)**
Minorité de genre (par rapport à garçon)	1,89 (1,53 à 2,35)**	1,28 (1,03 à 1,59)*	3,14 (2,53 à 3,90)**	1,45 (1,23 à 1,70)**
Origine ethnique				
Asiatique (par rapport à Blanc)	0,79 (0,68 à 0,93)**	0,92 (0,78 à 1,08)	0,53 (0,45 à 0,63)**	0,67 (0,60 à 0,76)**
Autre (par rapport à Blanc)	1,07 (0,94 à 1,22)	1,02 (0,90 à 1,16)	1,06 (0,97 à 1,17)	0,98 (0,92 à 1,04)
Orientation sexuelle				
Minorité sexuelle (par rapport à hétérosexualité)	1,52 (1,32 à 1,74)**	1,23 (1,04 à 1,45)*	1,95 (1,79 à 2,13)**	1,15 (1,08 à 1,23)**
Aisance familiale^b	0,98 (0,94 à 1,01)	0,99 (0,96 à 1,01)	0,97 (0,94 à 1,00)	0,99 (0,97 à 1,01)

Source des données : Enquête YDI (Youth Development Instrument).

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^a Ajusté pour la dépression, l'anxiété, la consommation d'alcool, la consommation de cannabis, le genre, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et le score d'aisance familiale.

^b Plus le quartile est élevé, plus le niveau d'aisance familiale est élevé selon l'échelle Family Affluence Scale.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

1. Les symptômes de dépression et d'anxiété étaient très répandus, près de 40 % des adolescents ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la dépression ou de l'anxiété. La consommation de cannabis à une fréquence élevée était également répandue : 43 % des adolescents ayant consommé du cannabis au cours du dernier mois ont déclaré en faire une consommation quasi quotidienne.
2. Les ressources de soutien en matière mentale le plus souvent consultées étaient les médecins de famille ou les pédiatres, suivis des adultes à l'école, ce qui démontre l'importance des soins primaires et des interventions en milieu scolaire pour prendre soin de la santé mentale des adolescents.
3. Le mode de prestation de soins de santé mentale que les adolescents ont préféré était le counseling en personne (72 %), tandis que celui qu'ils ont le moins aimé était le counseling par appel vidéo (4 %), ce qui donne à penser que les services de counseling par appel vidéo

ne sont sans doute pas l'intervention de cybersanté idéale pour répondre aux besoins des adolescents.

4. Après ajustement pour les covariables, le taux d'accès à du soutien en santé mentale s'est révélé significativement élevé chez les adolescents souffrant d'anxiété, les adolescents ayant consommé de l'alcool au cours du dernier mois, les adolescents appartenant à une minorité de genre et les adolescents dont l'orientation sexuelle était autre qu'hétérosexuelle.
5. Après ajustement pour les covariables, le taux de besoins non comblés en matière de soins de santé mentale s'est révélé significativement élevé chez les adolescents souffrant de dépression ou d'anxiété, les filles, les adolescents de genre non binaire et les adolescents dont l'orientation sexuelle était autre qu'hétérosexuelle, ce qui porte à croire que ces groupes ont besoin d'interventions en santé mentale mieux ciblées pendant la pandémie.

Dans l'ensemble, un certain nombre de recommandations importantes applicables à l'élaboration d'interventions en santé mentale destinées aux adolescents pendant et après la pandémie de COVID-19 émanent de ces résultats.

Premièrement, il ressort de notre étude que, pour atteindre le plus grand nombre de jeunes possible, les interventions devraient être axées sur les milieux de soins primaires et les milieux scolaires. À l'instar d'études antérieures²⁵⁻²⁷, nous avons constaté que les médecins de famille, les pédiatres, les enseignants et les conseillers scolaires étaient les sources de soutien en santé mentale le plus souvent consultées par les adolescents. Il faut veiller à ce que les fournisseurs de soins primaires soient conscients du rôle important qu'ils jouent dans la vie des adolescents et qu'ils procèdent au dépistage des problèmes de santé mentale en conséquence. L'inaccessibilité relative des services de counseling professionnel et la poursuite de

l'enseignement en personne en Colombie-Britannique pendant la pandémie pourraient expliquer en partie notre constat selon lequel les adultes à l'école étaient une source courante de soutien en santé mentale. Comme nous l'avons mentionné précédemment, en Colombie-Britannique, les cours ont continué d'être offerts en grande partie en personne tout au long de l'hiver et du printemps 2021¹⁴, ce qui pourrait avoir atténué dans une certaine mesure l'isolement social qu'ont vécu les nombreux élèves du secondaire contraints d'assister à leurs cours en ligne seulement²⁸. Malgré cela, les taux de problèmes de santé mentale étaient élevés au sein de notre échantillon, près de la moitié des adolescents ayant obtenu un résultat positif au dépistage de l'anxiété ou de la dépression. Tout comme les médecins de première ligne, les enseignants et les conseillers scolaires demeurent donc une source très importante de soutien pour les adolescents. Le maintien de la disponibilité de ce soutien devrait être une priorité pendant et après la pandémie.

Deuxièmement, les résultats de notre étude permettent de dégager des recommandations concernant le mode de prestation de soins de santé mentale qui convient le mieux aux populations adolescentes. Après le counseling en personne, les formes de prestation de services les plus populaires étaient le counseling par clavardage (site Web, en ligne et par message texte) et le counseling par téléphone. Le mode de prestation de services que les adolescents ont aimé le moins était le counseling par appel vidéo, et ce, indépendamment de la nature de la préoccupation en lien avec la santé mentale. Ironiquement, au début de la pandémie, ce sont les services par appel vidéo pour adolescents qui ont été l'un des secteurs dont le financement et l'accessibilité ont le plus augmenté en Colombie-Britannique^{13,15,16}. Cette étude tend à montrer que les services par message texte et par téléphone pourraient répondre aux besoins d'un plus grand nombre d'adolescents.

Troisièmement, les résultats de notre étude contribuent à l'émergence de recommandations visant à cibler et à mieux adapter les interventions en santé mentale chez les jeunes. L'accès à du soutien en santé mentale a été associé à l'anxiété, à l'appartenance à une minorité de genre et à une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle. Dans le même temps, les besoins non comblés en matière de services ont

été corrélés à la dépression, à l'anxiété, au genre féminin, à l'appartenance à une minorité de genre et à une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle. Ces résultats concordent avec les résultats d'autres études, qui ont également établi que ces groupes faisaient partie de ceux dont la santé mentale a été le plus durement touchée par la pandémie de COVID-19^{4,5,29-31}. Cette étude semble aussi indiquer que bon nombre de ces adolescents n'ont pas accès aux soins voulus, en particulier les adolescentes et les jeunes souffrant de dépression, qui se sont révélés plus susceptibles que les autres d'avoir des besoins non comblés et mais qui n'étaient pas plus susceptibles que les autres d'avoir accès à des soins.

Forces et limites

À notre connaissance, il s'agit de l'une des seules études à analyser la recherche de soutien primaire pendant la pandémie au sein d'un échantillon d'adolescents issus de la population générale ou à évaluer les besoins non comblés autodéclarés en matière de services.

Toutefois, cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, bien que tous les élèves admissibles des écoles secondaires participantes aient été inclus dans le cadre d'échantillonnage, l'échantillon qui a été sélectionné au départ est un échantillon de commodité principalement constitué d'adolescents de 17 ans. Par conséquent, il n'est pas représentatif de l'ensemble de la population adolescente de la Colombie-Britannique. En outre, il pourrait y avoir eu un certain biais de réponse de la part des filles et des adolescents dont le score d'aisance familiale est plus élevé, car la probabilité qu'il manque des données pour ces groupes dans notre échantillon était plus faible. Néanmoins, l'ampleur de l'effet de ces différences est faible, et il n'y a aucune différence significative selon l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la présence ou non de dépression, la présence ou non d'anxiété, la consommation d'alcool au cours du dernier mois ou la consommation de cannabis au cours du dernier mois.

Deuxièmement, nous avons demandé aux élèves de se rappeler s'ils avaient eu accès à du soutien ou s'ils avaient eu des besoins non comblés au cours des six derniers mois, ce qui pourrait introduire un biais de rappel. Les adolescents présentant des symptômes de dépression ou

d'anxiété étaient peut-être plus susceptibles de se rappeler avoir parlé de leurs problèmes à un adulte. Certains élèves pourraient avoir sous-estimé la fréquence de leur consommation de substances dans le dernier mois, et il est également possible que nous n'ayons pas réussi à cerner les élèves qui ne sont pas conscients d'avoir besoin de soutien en santé mentale.

Troisièmement, nous avons évalué la présence de troubles de l'humeur au cours des deux semaines précédant l'enquête alors que l'évaluation de l'accès à du soutien et des besoins non comblés portait sur les six mois précédant l'enquête. Les élèves ayant reçu des soins efficaces ou s'étant remis de problèmes de santé mentale sans recevoir de soins ont été considérés dans notre ensemble de données comme ayant obtenu un résultat négatif au dépistage des problèmes de santé mentale. Les études futures devront s'appuyer sur des données longitudinales pour comparer le succès relatif des différentes ressources de soutien en santé mentale.

Quatrièmement, certains élèves pourraient avoir fourni de l'information inexacte pour des raisons de désirabilité sociale ou par crainte de représailles. Pour atténuer cet effet, nous avons assuré les élèves que leurs données ne seraient pas communiquées à leurs pairs, à leurs parents ou à l'école, et nous les avons informés des mesures mises en place pour garantir la confidentialité et la sécurité de leurs réponses.

Cinquièmement, comme il y a eu peu de fermetures d'écoles causées par la pandémie de COVID-19 dans le cadre de l'enquête, les résultats pourraient ne pas s'appliquer aux adolescents qui ont dû faire l'école à la maison tout au long de la pandémie. S'il est vrai que les cours en classe constituent un facteur de protection contre les problèmes de santé mentale, nos résultats pourraient donc être interprétés comme sous-estimant les besoins non comblés.

Conclusion

Pendant la pandémie de COVID-19, les adolescents souffrant de dépression ou d'anxiété, les filles, les adolescents appartenant à une minorité de genre et les adolescents dont l'orientation sexuelle était autre qu'hétérosexuelle étaient particulièrement susceptibles d'éprouver des problèmes de santé mentale ou d'avoir des

besoins non comblés. Les interventions futures devront viser ces groupes mal servis et mettre l'accent sur le rôle des soins primaires, sur les interventions en milieu scolaire et sur les services offerts en personne. Les interventions virtuelles devraient prendre la forme de services par téléphone et par clavardage, que les adolescents ont systématiquement préféré aux services par appel vidéo.

Remerciements

L'instrument YDI (Youth Development Instrument) est financé par la D^{re} Hasina Samji du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique et de l'Université Simon Fraser.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article.

Contributions des auteurs et avis

Conception de l'étude par LG; acquisition des données et mise en œuvre de l'étude par GS, MC, JW et HS; analyse, préparation et interprétation des données par LG, GS et DL; rédaction et révision du manuscrit par LG, GS, DL, MC, JW, MG, KSR et HS.

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. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
2. Hawke LD, Barbic SP, Voineskos A, et al. Impacts of COVID-19 on youth mental health, substance use, and well-being: a rapid survey of clinical and community samples. *Can J Psychiatry*. 2020;65(10):701-709. <https://doi.org/10.1177/0706743720940562>
3. Dumas TM, Ellis W, Litt DM. What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *J Adolesc Health* 2020;67(3):354-361. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.018>

4. Cost KT, Crosbie J, Anagnostou E, et al. Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(4):671-684. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01744-3>
5. Magson NR, Freeman JYA, Rapee RM, Richardson CE, Oar EL, Fardouly J. Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *J Youth Adolesc*. 2021;50(1):44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
6. Jackson SB, Stevenson KT, Larson LR, Peterson MN, Seekamp E. Outdoor activity participation improves adolescents' mental health and well-being during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2506. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052506>
7. DeLaroche AM, Rodean J, Aronson PL, et al. Pediatric emergency department visits at US children's hospitals during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*. 2021;147(4):e2020039628. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-039628>
8. Kostopoulou E, Gkentzi D, Papatotiriou M, et al. The impact of COVID-19 on paediatric emergency department visits. A one-year retrospective study. *Pediatr Res*. 2022;91(5):1257-1262. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01815-w>
9. Stewart SL, Vasudeva AS, Van Dyke JN, Poss JW. Child and youth mental health needs and service utilization during COVID-19. *Traumatology*. 2022;28(3):311-324. <https://doi.org/10.1037/trm0000345>
10. Saunders NR, Kurdyak P, Stukel TA, et al. Utilization of physician-based mental health care services among children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *JAMA Pediatr*. 2022;176(4):e216298. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.6298>
11. Solmi M, Cortese S, Correll CU. Editorial perspective: challenges of research focusing on child and adolescent mental health during the COVID-19 era: what studies are needed? *J Child Psychol Psychiatry*. 2022;63(1):122-125. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13478>
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Using telehealth to expand access to essential health services during the COVID-19 pandemic [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2020 [consultation le 10 août 2022]. En ligne à : <https://public4.pagefreezer.com/browse/CDC%20Covid%20Pages/11-05-2022T12:30/https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth.html>
13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Codes de facturation des médecins en réponse à la COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation le 10 août 2022]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/codes-de-facturation-des-medecins-en-reponse-a-la-covid-19>
14. Ministère de l'Éducation et des Services à la petite enfance. La santé et la sécurité demeurent au centre des préoccupations pour la nouvelle année scolaire [Internet]. Victoria (C.-B.) : gouvernement de la Colombie-Britannique; 2021. En ligne à : <https://bcgovnews.azureedge.net/translations/releases/2021EDUC0058-001663/b2school-French.pdf>
15. CBC News. B.C. spending \$5M to boost virtual mental-health services. CBC News [Internet]. 2020 [consultation le 10 août 2022]. En ligne à : <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/covid-19-bc-mental-health-bc-1.5527661#:~:text=B.C.%20is%20spending%20%245%20million,heavily%20on%20the%20population's%20shoulders>
16. Zenone MA, Cianfrone M, Sharma R, et al. Supporting youth 12-24 during the COVID-19 pandemic: how Foundry is mobilizing to provide information, resources and hope across the province of British Columbia. *Glob Health Promot*. 2021;28(1):51-59. <https://doi.org/10.1177/1757975920984196>

17. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>
18. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;39:24-31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005>
19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2019 National Survey on Drug Use and Health detailed tables [Internet]. US Department of Health & Human Services; 2020 [consultation le 29 août 2021]. En ligne à : <https://www.samhsa.gov/data/report/2019-nsduh-detailed-tables>
20. Gorfinkel LR, Stohl M, Hasin D. Association of depression with past-month cannabis use among US adults aged 20 to 59 years, 2005 to 2016. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2013802. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13802>
21. Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de 2016 : Colombie-Britannique [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [consultation le 6 octobre 2022]. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=59&Geo2=PR&Code2=01&SearchText=Canada&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&type=0>
22. Boudreau B, Poulin C. An examination of the validity of the Family Affluence Scale II (FAS II) in a general adolescent population of Canada. *Soc Ind Res.* 2009;94(1):29-42. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9334-4>
23. Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, et al. Psychometric validation of the revised Family Affluence Scale: a latent variable approach. *Child Indic Res.* 2016;9:771-784. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9339-x>
24. Zou GY, Donner A. Extension of the modified Poisson regression model to prospective studies with correlated binary data. *Stat Methods Med Res.* 2013;22(6):661-670. <https://doi.org/10.1177/0962280211427759>
25. Farmer EM, Burns BJ, Phillips SD, Angold A, Costello EJ. Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatr Serv.* 2003;54(1):60-66. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.1.60>
26. Gilbert A, Maheux B, Frappier JY, Haley N. Adolescent care. Part 1: are family physicians caring for adolescents' mental health? *Can Fam Physician.* 2006;52(11):1440-1441.
27. Costello EJ, He JP, Sampson NA, Kessler RC, Merikangas KR. Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatr Serv.* 2014;65(3):359-366. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100518>
28. Golberstein E, Wen H, Miller BF. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. *JAMA Pediatr.* 2020;174(9):819-820. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456>
29. Hawke LD, Hayes E, Darnay K, Henderson J. Mental health among transgender and gender diverse youth: an exploration of effects during the COVID-19 pandemic. *Psychol Sex Orientat Gen Divers.* 2021;8(2):180-187. <https://doi.org/10.1037/sgd0000467>
30. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(5):2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
31. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, et al. Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>

Recherche quantitative originale

Association entre l'exposition annuelle à la pollution atmosphérique et la pression artérielle systolique chez des adolescents à Montréal (Canada)

Erica Marrone, M. Sc. (1); Cristina Longo, Ph. D. (2); Jennifer O'Loughlin, Ph. D. (3); Paul J. Villeneuve, Ph. D. (4); Michael Zappitelli, M.D., M. Sc. (5); Gillian Bartlett-Esquilant, Ph. D. (1); Tracie A. Barnett, Ph. D. (1)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Chez l'adulte, l'exposition chronique à la pollution atmosphérique est associée à une élévation de la pression artérielle, mais peu d'études ont porté sur ce lien chez les jeunes. Nous avons étudié l'association entre les concentrations ambiantes annuelles de polluants atmosphériques (particules fines [PM_{2,5}] et dioxyde d'azote [NO₂]) et la pression artérielle systolique (PAS) chez des adolescents à Montréal (Canada).

Méthodologie. Les participants étaient des élèves de 15 à 17 ans ayant fourni des données sur leur PAS et le code postal de leur lieu de résidence en 2004-2005 dans le cadre de l'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents (NICO). Les estimations annuelles de l'exposition résidentielle au NO₂ et aux PM_{2,5} pour 2004, fournies par le Canadian Urban Environmental Health Research Consortium, ont été couplées au code postal du lieu de résidence des participants. La PAS a été jugée élevée lorsqu'elle était supérieure ou égale au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille. Une régression logistique a servi à estimer les rapports de cotes et les intervalles de confiance (IC) à 95 % pour l'association entre chaque polluant et une PAS élevée, avec ajustement pour les variables de confusion pertinentes.

Résultats. L'échantillon comprenait 508 adolescents (âge moyen : 16,9 ans; 46 % étant de sexe masculin), dont 4 % avec une PAS élevée. Même si les estimations ne sont pas statistiquement significatives, des associations positives généralement modestes ont été constatées entre les concentrations de polluants et la PAS. Le rapport de cotes ajusté de la prévalence d'une PAS élevée était de 1,33 (IC à 95 % : 0,64 à 3,05) par augmentation de chaque intervalle interquartile (IIQ) de concentration résidentielle de PM_{2,5} (2,1 µg/m³). De même, le rapport de cotes ajusté de la prévalence d'une PAS élevée était de 1,17 (IC à 95 % : 0,47 à 2,70) par augmentation de chaque IIQ de concentration résidentielle de NO₂ (10,2 ppb).

Conclusion. Les résultats corroborent l'existence d'un lien possible entre l'exposition aux polluants atmosphériques et l'élévation de la PAS chez les adolescents, ce qui justifie une analyse approfondie portant sur cet important problème de santé publique.

Mots-clés : *prévention des maladies chroniques, pression artérielle, pollution atmosphérique, adolescents, équité en santé, étude de cohorte*

Points saillants

- Cette étude de cohorte porte sur le lien entre l'exposition à la pollution atmosphérique et la pression artérielle systolique au sein d'un échantillon pleinement représentatif de la population adolescente québécoise.
- Par rapport aux adolescents vivant dans les quartiers moins pollués, les adolescents vivant dans les quartiers plus pollués ont fait état d'un niveau d'activité physique inférieur et d'une consommation de cigarettes supérieure au cours des trois mois précédant l'étude, et ils étaient davantage défavorisés sur le plan matériel et social.
- D'après nos résultats, on ne peut exclure l'existence d'une association significative entre l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique et la prévalence d'une pression artérielle systolique élevée chez les adolescents montréalais.

Introduction

On sait depuis longtemps qu'une pression artérielle (PA) élevée pèse lourd sur la santé et constitue un facteur de risque important d'accident vasculaire cérébral (AVC), de maladie cardiovasculaire, d'insuffisance rénale terminale et de décès en

Rattachement des auteurs :

1. Département de médecine de famille, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
2. Département de pneumologie et Département de pneumologie pédiatrique, Université d'Amsterdam, Amsterdam (Hollande-Septentrionale), Pays-Bas
3. École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
4. Département des sciences de la santé, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada
5. Division de néphrologie, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Tracie A. Barnett, Département de médecine de famille, Université McGill, 5858, chemin de la Côte-des-Neiges, bureau 300, Montréal (Québec) H3S 1Z1; tél. : 514-398-7375; courriel : tracie.barnett@mcgill.ca

général¹. Chez les jeunes, l'hypertension primaire, qui se définit par une PA élevée sans cause identifiable, est plus fréquente chez les enfants plus âgés et les adolescents que chez les jeunes enfants². Selon les estimations, la prévalence de l'hypertension primaire se situerait entre 3 % et 5 % aux États-Unis, et elle pourrait être supérieure dans certains groupes ethniques comme les Noirs et les Latino-Américains³. Les données sur les trajectoires de la PA de l'enfance à l'âge adulte montrent qu'une PA élevée durant l'enfance est associée à une PA élevée à l'âge adulte et à l'apparition d'une hypertension au début de l'âge adulte⁴.

En outre, une PA normale dans l'enfance est inversement liée à une hypertension au milieu de l'âge adulte¹. Ce lien est plus fort chez les enfants plus âgés et les adolescents⁵. La détection et la prise en charge précoces d'une PA élevée chez les enfants et les adolescents visent à empêcher l'apparition, plus tard dans la vie, d'atteintes des organes cibles liées à l'hypertension, par exemple des maladies cardiovasculaires⁶. Les cas de PA élevée (autrefois appelée « préhypertension ») et d'hypertension chez les jeunes sont sous-diagnostiqués⁷, ce qui contribue davantage à un risque élevé de mauvaise santé cardiovasculaire à l'âge adulte.

La pollution atmosphérique, et plus particulièrement l'exposition à court et à long termes aux particules fines (PM_{2,5}), est associée à une augmentation des valeurs de PA chez les adultes ayant des problèmes de santé préexistants^{8,9} et à l'apparition d'une hypertension chez les adultes canadiens par ailleurs en bonne santé¹⁰. Une méta-analyse récente a prouvé l'existence d'un lien entre, d'une part, l'exposition à long terme aux PM_{2,5} et au dioxyde d'azote (NO₂) et, d'autre part, les valeurs de pression artérielle systolique (PAS) chez les enfants¹¹. On croit que la pollution atmosphérique influence la PA par des augmentations biphasiques caractérisées par une réponse initiale qui survient en quelques minutes ou quelques heures en raison d'un déséquilibre aigu du système nerveux autonome¹², suivie par une élévation de la PA causée par une réactivité accrue des mécanismes de vasoconstriction artérielle¹³ attribuable à un dysfonctionnement endothélial, à un stress oxydatif et à une inflammation⁸.

Compte tenu des niveaux élevés d'industrialisation et d'utilisation de véhicules motorisés dans les pays développés, la pollution atmosphérique et ses effets sur la santé publique préoccupent grandement les chercheurs en santé environnementale, les organismes de réglementation environnementale et la population en général¹⁴. Chez les adultes, les PM_{2,5} et le NO₂ font partie des principaux polluants de l'air extérieur suscitant d'importantes préoccupations et, dans les zones urbaines, les principales sources de pollution atmosphérique extérieure proviennent de la circulation routière, notamment des véhicules alimentés à l'essence ou au diesel¹⁴. Il est indispensable de mieux comprendre dans quelle mesure ces polluants atmosphériques nuisent à la santé humaine afin que les décideurs mettent en œuvre une réglementation et des politiques de santé publique pertinentes.

Objectif

Les études menées antérieurement sur le lien entre la pollution atmosphérique chronique et la PA chez les enfants ont abouti à des conclusions ne concordant pas et aucune étude n'a porté expressément sur les adolescents nord-américains¹⁵⁻¹⁸. Étant donné qu'une PA élevée à l'adolescence est un facteur de risque d'hypertension et de maladie cardiovasculaire à l'âge adulte, cette étude avait pour objectif d'analyser l'association entre les concentrations résidentielles annuelles de deux polluants de l'air ambiant extérieur (PM_{2,5} et NO₂) et la PAS chez les élèves de 11^e année de dix écoles secondaires publiques de Montréal (Canada). Toutes les valeurs mesurées ont été obtenues en 2004-2005.

Méthodologie

Approbation éthique

L'étude a été approuvée sur le plan éthique par les comités d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique de Montréal, de la Faculté de médecine de l'Université McGill (A05-M48-02A) et du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (ND 06.087). Chacun des participants inclus dans l'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents a donné son consentement éclairé.

Modèle d'étude

Nous avons entrepris une analyse des données extraites de l'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents (NICO), pour laquelle une description détaillée de la collecte de données a déjà été publiée¹⁹. En résumé, l'échantillon initial comprenait 1294 élèves de 7^e année (taux de réponse : 54 %) recrutés en 1999-2000 au sein d'un échantillon choisi de 10 écoles secondaires publiques de Montréal (Québec) et ses environs. Au début de l'étude, l'échantillon d'élèves était semblable à un échantillon provincial représentatif d'enfants québécois de 12 ans constitué en 1999²⁰. Les écoles qui ont participé à l'étude NICO ont été sélectionnées de façon à inclure une combinaison 1) d'écoles francophones et anglophones, 2) d'écoles en milieu urbain, en banlieue et en milieu rural et 3) d'écoles situées dans des quartiers à statut socioéconomique élevé, moyen et faible. Les données de l'étude NICO ont été principalement recueillies au moyen de questionnaires d'auto-évaluation remplis à l'école tous les 3 mois par des élèves de la 7^e année à la 11^e année (1999-2005), pour un total de 20 cycles au secondaire. Les caractéristiques anthropométriques et la PA ont été mesurées au cours des cycles 1, 12 et 19.

Pour cette étude, nous avons analysé les données des élèves de 11^e année de moins de 18 ans ayant participé au cycle 19 en 2004-2005 et dont les mesures de PA et le code postal étaient disponibles. Nous avons exclu les participants dont le code postal du lieu de résidence se trouvait en dehors de la division de recensement où les concentrations de NO₂ ont été estimées, car ces estimations n'auraient pas été conformes à l'exposition individuelle en milieu résidentiel. En effet, alors que les recherches ont montré que les estimations des concentrations de NO₂ en milieu résidentiel sont des mesures valides de l'exposition individuelle pour les personnes vivant à proximité de routes²¹, leur validité n'a pas été établie pour les personnes vivant plus loin.

Sources des données

À partir des codes postaux résidentiels à six caractères fournis par les participants dans les questionnaires de l'étude NICO, nous avons obtenu les données sur les quartiers et sur la qualité de l'air auprès du CANUE (Canadian Urban Environmental Health Research Consortium). Dans les

zones urbaines, les codes postaux résidentiels à six caractères correspondent le plus souvent à un côté de rue d'un pâté de maisons ou à un immeuble alors que, dans les régions rurales, un code postal correspond souvent à une plus grande superficie²². Dans l'ensemble de données de l'étude NICO, l'une des dix écoles participantes était située dans une région rurale et les neuf autres écoles étaient situées en banlieue ou en milieu urbain. Les données sur les codes postaux ont été fournies par DMTI Spatial Inc., par l'entremise du CANUE, en vertu de l'entente SMART en vigueur avec les universités canadiennes. Pour les besoins de notre analyse, nous avons extrait les données sur l'environnement (qualité de l'air) et sur le quartier (défavorisation matérielle et sociale) en fonction du code postal à l'aide des coordonnées géographiques de la version 2015.3 du produit CanMap Postal Code Suite (DMTI Spatial Inc., Markham, Ontario, Canada).

Pression artérielle

La PAS a été mesurée par des techniciens formés, au moyen de méthodes normalisées²³. La mesure a été prise en position assise, sur le bras droit du participant, après cinq minutes de repos. Les techniciens ont utilisé un appareil oscillométrique (Dinamap XL, modèle CR9340, Critikon Inc., Tampa, Floride, États-Unis) et un brassard dont la taille était adaptée à la circonférence du bras du participant. Conformément aux lignes directrices canadiennes chez l'enfant²⁴, les percentiles de PAS ajustés pour l'âge, le sexe et la taille ont été calculés à l'aide du modèle de régression quantile par splines naturelles élaboré par Rosner et ses collaborateurs²⁵. La PAS a été jugée élevée lorsqu'elle était supérieure ou égale au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille, dans la mesure où les seuils définissant une PA élevée chez les adolescents ne font pas l'objet d'un consensus dans les lignes directrices canadiennes²⁴.

Exposition et qualité de l'air

Nous avons utilisé deux mesures de la qualité de l'air extérieur fournies par le CANUE et couplées aux codes postaux résidentiels à six caractères des participants de l'étude NICO : les $PM_{2,5}$ et le NO_2 . Pour estimer les concentrations de $PM_{2,5}$ au sol en 2004, on a combiné la mesure de la profondeur optique des aérosols fondée sur la méthode d'estimation

optimale à une résolution de 0,01 degré \times 0,01 degré extraite par l'instrument MODIS de la NASA avec un profil vertical des aérosols et des propriétés de diffusion simulés par le modèle de transport chimique GEOS-Chem²⁶. On a ensuite appliqué une régression pondérée géographiquement intégrant des observations au sol pour tenir compte de tout biais résiduel dans les estimations des concentrations de $PM_{2,5}$ obtenues par satellite²⁶. Les estimations des concentrations de $PM_{2,5}$ annuelles utilisées dans cette analyse ont une résolution spatiale d'environ un kilomètre. L'exposition résidentielle aux concentrations annuelles moyennes de NO_2 de 2004 a été estimée à l'aide d'un modèle national de régression de l'utilisation des terres élaboré à partir des données de surveillance du Réseau national de surveillance de la pollution atmosphérique, conformément aux méthodes décrites par Hystad et ses collaborateurs²⁷. Ce modèle explique 73 % de la variation des mesures observées par le Réseau national de surveillance de la pollution atmosphérique, avec une erreur quadratique moyenne de 2,9 ppb.

Covariables

Les percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) fondés sur les courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre hebdomadaire de périodes d'activité physique modérée à vigoureuse (APMV) et la consommation d'alcool et de cigarettes au cours des trois derniers mois ont été considérés comme des variables de confusion et ont été mesurés au cours du même cycle que la PAS. Les indices de défavorisation matérielle et sociale (selon le modèle de Pampalon et ses collaborateurs²⁸) ont été calculés à partir des données du recensement canadien de 2001 et les données sur le niveau de scolarité des parents, l'origine ethnique et le pays de naissance ont été recueillis au cours de cycles antérieurs de l'étude NICO et ont également fait l'objet d'un ajustement dans les modèles (disponibles auprès des auteurs sur demande).

Analyses statistiques

Nous avons eu recours à la méthode du plus proche voisin pour imputer les données manquantes sur la consommation de cigarettes (2,2 %), les indices de défavorisation matérielle et sociale (1,7 %), la consommation d'alcool (0,6 %), le niveau de scolarité des parents (1,8 %) et l'origine ethnique (10,8 %) (données disponibles

auprès des auteurs sur demande)²⁹. Nous avons utilisé des modèles de régression logistique pour quantifier la relation entre chaque mesure de l'indice de qualité de l'air (NO_2 et $PM_{2,5}$) et une PAS jugée normale (inférieure au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille) ou élevée (supérieure ou égale au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille) et nous avons décrit les associations brutes et ajustées (pour l'IMC, l'APMV, la consommation de cigarettes et d'alcool, les indices de défavorisation, le niveau de scolarité des parents, l'origine ethnique et le pays de naissance). Les mesures de la qualité de l'air (concentrations annuelles moyennes de $PM_{2,5}$ et de NO_2) ont été exprimées sous forme d'intervalles interquartiles (IIQ) pour chaque polluant afin de décrire les augmentations d'exposition.

Nous avons effectué trois analyses de sensibilité pour évaluer la robustesse de nos constatations. Premièrement, nous avons réalisé une analyse des cas complets dont nous avons comparé les résultats avec ceux obtenus pour l'échantillon imputé. Deuxièmement, nous avons procédé à une analyse indépendante pour le NO_2 et pour les $PM_{2,5}$ à l'aide d'un modèle linéaire généralisé à effets mixtes afin de tenir compte des effets aléatoires liés au regroupement par école, et nous avons comparé les rapports de cotes (RC) et les intervalles de confiance (IC) respectifs ainsi obtenus avec ceux dont le calcul ne tient pas compte du regroupement par école. Troisièmement, nous avons calculé les RC non ajustés et ajustés à partir des modèles de régression logistique en utilisant une définition différente pour le résultat, soit la définition tirée des lignes directrices de 2017 de l'American Academy of Pediatrics selon laquelle une PA élevée correspond à une PAS supérieure ou égale à 120 mmHg chez les adolescents de 13 ans et plus⁴. Nous avons comparé ces résultats avec nos résultats initiaux, qui reposent sur la définition d'une PAS élevée comme étant une PAS égale ou supérieure au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées dans la version 3.5.1 de R (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche).

Déclaration de participation des patients et du public

Au cours de l'étude NICO menée par O'Loughlin et ses collaborateurs¹⁹, l'équipe

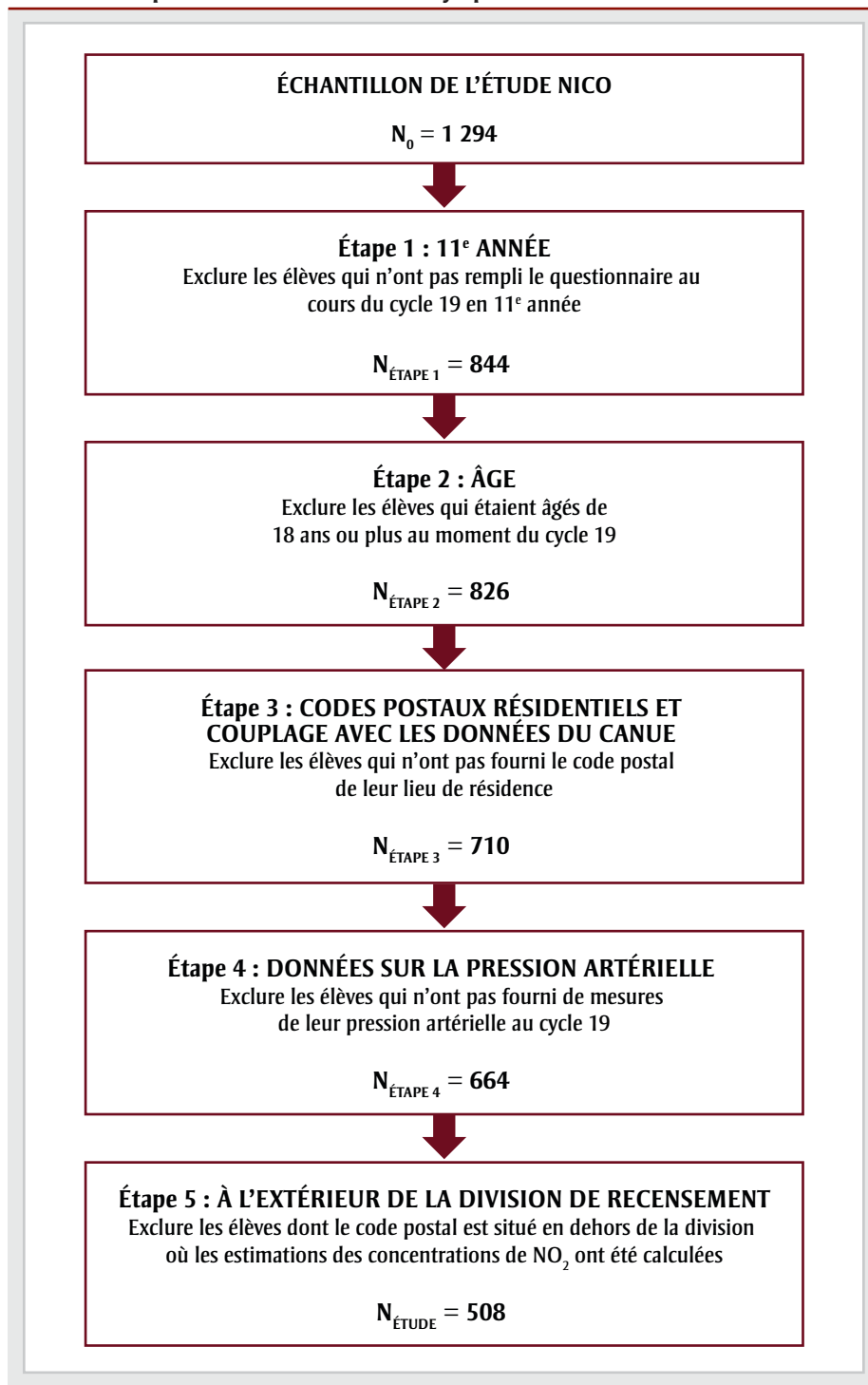
de recherche a entretenu des contacts fréquents et personnalisés avec les participants (particulièrement après leur départ du secondaire, lorsque la collecte de données était moins fréquente) par des appels téléphoniques visant à vérifier les coordonnées des participants, ainsi que par l'envoi de bulletins d'information sur les résultats de l'étude NICO, de courriels et de cartes des Fêtes¹⁹. Les participants de l'étude NICO ont contribué à trouver le nom et le logo de l'étude et à créer un t-shirt NICO qui a été distribué à tous les participants¹⁹.

Résultats

L'échantillon de départ de l'étude NICO était composé de 1 294 élèves de 7^e année, 844 (65 %) d'entre eux ont rempli le questionnaire au cours du cycle 19 et 800 de ces 844 élèves (95 %) ont fourni des données sur leur PA. Après exclusion des participants de 18 ans ou plus, de ceux n'ayant pas fourni de données sur leur PA ou leur code postal et de ceux résidant en dehors de la division où les estimations des concentrations de NO₂ ont été calculées, l'échantillon analytique comprenait 508 adolescents (figure 1; âge moyen : 16,9 ans, écart-type [ET] : 0,34 ans; 46 % étant de sexe masculin). La plupart des élèves (98 %) fréquentaient une école située en milieu urbain ou en banlieue. Les adolescents pour lesquels les valeurs de PA étaient manquantes étaient légèrement moins susceptibles d'avoir des parents ayant fait des études universitaires (données disponibles auprès des auteurs sur demande).

Au total, 77 % des adolescents de l'échantillon analytique étaient d'origine blanche, 93 % étaient nés au Canada et 40 % avaient au moins un parent ayant fait des études universitaires. Selon les seuils d'IMC de l'OMS, 81 % avaient un IMC normal, 12 % étaient en surpoids et 7 % étaient obèses. Les trois quarts (76 %) ne fumaient pas et la moitié (51 %) ont déclaré consommer de l'alcool à l'occasion. En 2004, les adolescents de notre échantillon ont été exposés à des concentrations résidentielles médianes de PM_{2,5} de 10,7 µg/m³ et de NO₂ de 22,1 ppb. Selon les Normes canadiennes de qualité de l'air ambiant (NCQAA) de 2020, les moyennes annuelles acceptables sont de moins de 8 µg/m³ pour les PM_{2,5} et de moins de 17 ppb pour le NO₂. Ainsi, les concentrations médianes auxquelles les participants de l'étude NICO ont été exposés sont

FIGURE 1
Diagramme de flux illustrant les critères d'exclusion appliqués pour obtenir l'échantillon analytique final de 508 adolescents



Abbreviations : CANUE, Canadian Urban Environmental Health Research Consortium; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

légèrement supérieures aux recommandations des NCQAA de 2020.

Nous avons classé les quartiers en « moins exposés » (concentrations de PM_{2,5} et de NO₂ inférieures à la médiane de l'échantillon)

et « plus exposés » (concentrations de PM_{2,5} et de NO₂ supérieures à la médiane de l'échantillon). Les quartiers plus exposés comptaient davantage d'adolescents fumeurs et moins d'adolescents d'origine blanche que les quartiers moins exposés. Les

adolescents vivant dans un quartier plus exposé ont fait état de niveaux d'activité physique plus faibles (moins de périodes d'APMV par semaine, en moyenne) que ceux vivant dans un quartier moins exposé. Dans les quartiers plus exposés, la proportion d'adolescents vivant dans un quartier défavorisé sur le plan matériel et social et la proportion de filles étaient plus grandes que dans les quartiers moins exposés (tableau 1). Il n'y avait aucune différence notable entre les groupes en ce qui concerne l'âge, le fait d'être né au Canada, la classification par groupe de poids, la consommation d'alcool au cours des trois derniers mois et le fait d'avoir au moins un parent ayant fait des études universitaires.

La PAS moyenne dans notre échantillon était de 114,3 mmHg (ET : 10,8) chez les garçons et de 105,4 mmHg (ET : 8,6) chez les filles et 16,9 % de l'ensemble des adolescents avaient une PAS supérieure ou égale à 120 mmHg, une mesure jugée élevée selon les lignes directrices américaines sur l'hypertension chez l'enfant (données non présentées)⁴. Dans l'ensemble, 21 (4 %) adolescents avaient une PAS élevée selon la définition de notre étude (PAS supérieure ou égale au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille). L'exposition moyenne et médiane à la pollution atmosphérique était constamment plus élevée dans le groupe à PAS élevée que dans le groupe à PAS normale (données disponibles auprès des auteurs sur demande). Les mesures brutes de la PAS étaient très semblables, quel que soit le degré d'exposition du quartier (tableau 2), tandis que les percentiles de PAS ajustés pour l'âge, le sexe et la taille étaient légèrement inférieurs chez les adolescents vivant dans les quartiers plus exposés comparativement à ceux vivant dans les quartiers moins exposés (tableau 2).

Dans les modèles de régression logistique, aucune des estimations ne s'est révélée statistiquement significative, ce qui veut dire que les résultats ne sont pas concluants. Les estimations du RC non ajusté de la prévalence d'une PAS élevée étaient de 1,55 (IC à 95 % : 0,81 à 3,18) par augmentation de l'IQ de la concentration de PM_{2,5} (2,1 µg/m³) et de 1,34 (IC à 95 % : 0,65 à 2,67) pour celle de NO₂ (10,2 ppb). Dans les modèles ajustés, le RC estimé de la prévalence d'une PAS élevée était de 1,33 (0,64 à 3,05) par augmentation de l'IQ de la concentration résidentielle de PM_{2,5}. De même, le RC de la prévalence

d'une PAS élevée était de 1,17 (0,47 à 2,70) par augmentation de l'IQ de la concentration résidentielle de NO₂ (tableau 3). L'analyse de sensibilité restreinte aux cas complets et l'analyse de sensibilité à l'aide d'un modèle linéaire généralisé à effets mixtes ont confirmé la robustesse des résultats (données disponibles auprès des auteurs sur demande). Lorsque nous avons utilisé la définition de PAS élevée de l'American Academy of Pediatrics, l'ampleur estimée de l'effet était presque nulle pour le NO₂ et apparemment protectrice pour les PM_{2,5} (données disponibles auprès des auteurs sur demande).

Analyse

Les résultats de cette analyse tendent à indiquer que l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique pourrait être associée à une cote de prévalence accrue de PAS élevée chez les adolescents montréalais. Nous ne pouvons toutefois pas tirer de conclusions définitives sur la base de nos résultats en raison du manque de puissance, du rôle possible du hasard et de l'absence de variation importante dans l'exposition. Il semble néanmoins y avoir une association plus forte chez les jeunes exposés à des niveaux de pollution atmosphérique supérieurs. Ces constatations sont cohérentes dans l'ensemble des analyses de sensibilité (analyse des cas complets et modèle linéaire généralisé à effets mixtes), mais les résultats ont montré un effet nul pour le NO₂ et un effet protecteur pour les PM_{2,5} lorsque nous avons utilisé la définition de PAS élevée établie en 2017 par l'American Academy of Pediatrics. La pression artérielle diastolique (PAD) n'a pas été étudiée, car aucun participant n'avait une PAD élevée selon la définition qu'en donne l'American Academy of Pediatrics (supérieure à 80 mmHg) ou une PAD supérieure ou égale au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille.

Seulement cinq études^{15-17,30,31} ont porté sur l'association entre l'exposition à long terme au NO₂ et aux PM_{2,5} et la PAS chez les enfants, toutes s'appuyant sur des analyses transversales. Deux études menées en Europe^{15,30} ont révélé des associations divergentes entre les deux polluants atmosphériques et la PAS chez les enfants. Aux Pays-Bas, on a mesuré la PA de 1 400 participants de 12 ans, et on a estimé l'exposition moyenne annuelle au NO₂ et aux PM_{2,5} à l'aide de modèles de régression de l'utilisation des terres¹⁵. Les auteurs ont rapporté des coefficients de pente

ajustés de -0,03 (IC à 95 % : -0,70 à 0,64) pour le NO₂ et de -0,07 (-0,97 à 0,82) pour les PM_{2,5}, ce qui montre que l'effet sur la PAS de l'exposition à long terme aux PM_{2,5} et au NO₂ est nul. Ces résultats pourraient s'expliquer par un biais de sélection, puisque les chercheurs ont exclu tous les enfants asthmatiques de l'étude et ont donc utilisé un échantillon de participants en relativement meilleure santé. En revanche, une étude allemande menée auprès de 2 368 enfants de 10 ans³⁰ a révélé des associations faibles mais positives entre chacun des polluants et la PAS, soit une élévation de 0,11 mmHg (-0,45 à 0,67) de la PAS par augmentation de l'IQ de la concentration de NO₂ et une élévation de 1,01 mmHg (-0,90 à 2,92) de la PAS par augmentation de l'IQ de la concentration de PM_{2,5}.

Trois études menées en Asie^{16,17,31} ont quant à elles fait état d'associations positives plus étroites entre les polluants atmosphériques et la PAS, possiblement parce que les participants de ces études étaient exposés à des concentrations moyennes de PM_{2,5} et de NO₂ plus élevées que les participants de notre étude. En effet, une analyse de l'étude Global Burden of Diseases³² a révélé que, parmi les dix pays les plus peuplés du monde, les États-Unis étaient le pays qui avait affiché la concentration la plus faible de PM_{2,5} pondérée selon la population (moyenne annuelle d'environ 10 µg/m³) au cours des 25 dernières années, tandis que le Bangladesh, l'Inde, le Pakistan et la Chine étaient les quatre pays ayant enregistré les concentrations de PM_{2,5} les plus élevées, avec des moyennes annuelles allant de 60 µg/m³ à 90 µg/m³. Sughis et ses collaborateurs¹⁷ ont évalué le lien entre la préhypertension (définie comme une PAS comprise entre 120 et 139 mmHg ou une PAD comprise entre 80 et 89 mmHg) chez 166 enfants de 8 à 12 ans (âge moyen : 9,9 ans) provenant de deux écoles à Lahore (Pakistan), l'une étant située dans une zone à pollution atmosphérique élevée (soit à côté d'une autoroute) et l'autre étant située dans une zone à pollution atmosphérique faible (soit à côté d'un parc dans un nouveau quartier résidentiel). Le RC ajusté d'une PA supérieure à 120 mmHg était de 2,56 (IC à 95 % : 0,96 à 6,78) pour les enfants qui fréquentaient l'école dans la zone plus polluée par rapport aux enfants de la zone moins polluée.

Dans deux études menées en Chine, les auteurs ont utilisé des percentiles de PAS

TABLEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon selon la classification du quartier
(concentrations de NO₂ et de PM_{2,5} inférieures ou supérieures à la médiane de l'échantillon)

	Quartiers moins exposés		Quartiers plus exposés		Échantillon total n = 508
	NO ₂ ≤ 10,7 ppb n = 254	PM _{2,5} ≤ 22,1 µg/m ³ n = 261	NO ₂ > 10,7 ppb n = 254	PM _{2,5} > 22,1 µg/m ³ n = 247	
Sexe (%)					
Garçons	49	49	43	43	46
Filles	51	51	57	57	54
Âge (en années, moyenne et ET)	16,9 (0,3)	16,9 (0,3)	16,9 (0,4)	16,9 (0,3)	16,9 (0,3)
Origine blanche (%)	84	82	70	72	77
Naissance au Canada					
Oui	95	95	92	92	93
Non	5	5	8	8	7
Groupe de poids (%)					
Obèse	5	6	9	7	7
En surpoids	12	14	11	10	12
Poids normal	82	79	78	81	80
Poids insuffisant	1	1	2	2	1
APMV (en périodes/semaine, moyenne et ET)	12,5 (11,1)	12,1 (11,4)	8,5 (8,7)	8,8 (8,4)	10,5 (10,2)
Consommation de cigarettes au cours des trois derniers mois (%)					
Non	83	82	69	70	76
Oui	17	18	31	30	24
Consommation d'alcool au cours des trois derniers mois (%)					
Aucune	28	28	26	26	27
Occasionnelle	50	49	52	53	51
Fréquente	22	23	22	21	22
Au moins un parent ayant fait des études universitaires (%)					
	41	41	39	40	40
Quintile de défavorisation matérielle^a (%)					
5 (le plus défavorisé)	2	1	17	18	9
4	5	7	17	15	11
3	11	12	14	13	13
2	19	20	19	18	19
1 (le moins défavorisé)	63	60	33	36	48
Quintile de défavorisation sociale^a (%)					
5 (le plus défavorisé)	15	16	40	40	28
4	16	15	27	28	21
3	17	18	19	18	18
2	18	18	8	8	13
1 (le moins défavorisé)	34	33	6	6	20

Sources des données : Étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents 2004-2005 et Canadian Urban Environmental Health Research Consortium 2004-2005.

Abréviations : APMV, activité physique modérée à vigoureuse; ET, écart-type; NO₂, dioxyde d'azote; PM_{2,5}, particules fines.

^a Quintiles fondés sur les données du recensement canadien de 2001.

TABLEAU 2
PAS selon la classification du quartier (concentrations de NO₂
et de PM_{2,5} inférieures ou supérieures à la médiane de l'échantillon)

	Quartiers moins exposés Moyenne (ET)		Quartiers plus exposés Moyenne (ET)	
	NO ₂ ≤ 10,7 ppb	PM _{2,5} ≤ 22,1 µg/m ³	NO ₂ > 10,7 ppb	PM _{2,5} > 22,1 µg/m ³
PAS (en mmHg)				
Garçons	114,7 (11,7)	114,2 (11,0)	114,0 (10,2)	114,4 (10,7)
Filles	105,2 (8,1)	105,3 (8,2)	105,5 (8,9)	105,4 (9,0)
Échantillon total	110,0 (11,1)	109,2 (10,6)	109,1 (10,3)	109,6 (10,7)
PAS (en percentiles ajustés pour l'âge, le sexe et la taille)				
	39,60 (27,23)	39,00 (26,72)	37,16 (27,58)	37,98 (26,93)

Abréviations : ET, écart-type; NO₂, dioxyde d'azote; PAS, pression artérielle systolique; PM_{2,5}, particules fines.

(en plus des valeurs de PAS) pour l'évaluation des résultats. Dong et ses collaborateurs³¹ ont étudié l'association entre la PAS et la prévalence de l'hypertension (définie comme une PAS et une PAD égales ou supérieures au 95^e percentile) et les estimations par satellite des concentrations de NO₂ chez 9354 enfants de 5 à 17 ans (âge moyen : 10,9 ans; ET : 2,5). Leurs résultats ont montré que, pour chaque augmentation de l'IIQ des concentrations de NO₂, la PAS augmentait de 1,15 mmHg (IC à 95 % : 0,84 à 1,46). De plus, dans leurs modèles stratifiés selon le sexe, la cote de prévalence ajustée de l'hypertension augmentait de 28 % chez les garçons (RC : 1,28; IC à 95 % : 1,14 à 1,43) et de 39 % chez les filles (RC : 1,39; IC à 95 % : 1,23 à 1,56). En utilisant les données de la même étude et les mêmes définitions de résultats, Zhang et ses collaborateurs¹⁶ ont évalué l'association avec les concentrations de PM_{2,5} chez 43 785 enfants de 7 à 18 ans (âge moyen : 11,3 ans; ET : 3,1). Après ajustement pour les covariables,

chaque augmentation de 10 µg/m³ des concentrations de PM_{2,5} s'est révélée associée à une élévation de 1,46 mmHg (IC à 95 % : 0,05 à 2,88) de la PAS et à une augmentation de 31 % de la cote de prévalence de l'hypertension (RC : 1,31; IC à 95 % : 0,86 à 1,98).

Dans l'ensemble, malgré l'imprécision de nos estimations, la tendance générale que nous avons observée donnait à penser que l'augmentation de la PAS était associée à l'augmentation de la pollution atmosphérique et allait essentiellement dans le même sens que la littérature existante portant sur l'association entre l'exposition à long terme au NO₂ et aux PM_{2,5} et la PAS chez les enfants.

Points forts et limites

L'analyse de l'association entre l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique et la PA chez un sous-ensemble d'adolescents nord-américains est l'un des

points forts de cette étude. Les tendances des niveaux de pollution pour l'échantillon de l'étude étaient très stables au cours de l'année où la PAS a été mesurée (2004-2005) et l'année précédente (2003), ce qui renforce la confiance dans la validité des niveaux de pollution (exposition annuelle moyenne) et réduit la probabilité d'une classification erronée de l'exposition. De plus, la PAS a été mesurée par des techniciens formés, à l'aide de procédures normalisées, ce qui diminue le risque d'erreurs de classification des résultats. Enfin, des données sur les covariables (renseignements sociodémographiques et comportements) ont été incluses dans les modèles ajustés, avec peu d'information manquante.

Le modèle d'étude observationnelle, qui limite les inférences causales, est l'une des limites de l'étude. La durée de résidence au code postal indiqué et la fréquence de déménagement sont demeurées inconnues. En l'absence d'information sur les antécédents d'exposition, il n'est pas possible d'étudier l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique et la PAS. L'étude pourrait comporter un biais de sélection, car seulement 39,3 % (508 sur 1 294) de l'échantillon de départ de l'étude NICO et 60,2 % (508 sur 844) des adolescents qui ont répondu au questionnaire au cycle 19 ont été inclus dans l'analyse. Toutefois, il est peu probable que cela ait eu une incidence considérable sur nos résultats, car les participants de l'étude NICO étaient représentatifs de l'ensemble de la population adolescente québécoise, à une exception près : les adolescents faisant partie de notre échantillon pourraient être de statut socioéconomique supérieur, étant donné que notre échantillon comportait une proportion légèrement plus élevée d'adolescents dont les parents avaient fait des études universitaires.

Par ailleurs, il pourrait y avoir des erreurs de classification de l'exposition. Les élèves de 11^e année passent une grande partie de leur journée à l'école. Par conséquent, les niveaux de pollution atmosphérique évalués à leur adresse domiciliaire pourraient ne pas refléter fidèlement leur exposition « réelle » au cours de la journée, à moins que l'école et la résidence aient le même code postal. De plus, les estimations des concentrations de PM_{2,5} qui ont été utilisées dans cette étude avaient une résolution spatiale d'un kilomètre reposant sur le domicile des participants. En cas de

TABLEAU 3
Prévalence estimée d'une PAS élevée par augmentation de l'intervalle interquartile des concentrations de PM_{2,5} et de NO₂ pour les modèles de régression logistique non ajustés et ajustés spécifiques à chaque polluant

	RC non ajusté (IC à 95 %)	RC ajusté ^a (IC à 95 %)
PM _{2,5} (IIQ : 2,1 µg/m ³)	1,55 (0,81 à 3,18)	1,33 (0,64 à 3,05)
NO ₂ (IIQ : 10,2 ppb)	1,34 (0,65 à 2,67)	1,17 (0,47 à 2,70)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; IIQ, intervalle interquartile; IMC, indice de masse corporelle; NO₂, dioxyde d'azote; PAS, pression artérielle systolique; PM_{2,5}, particules fines; RC, rapport de cotes.

Remarque : Une PAS élevée est définie comme supérieure ou égale au 90^e percentile ajusté pour l'âge, le sexe et la taille.

^a Ajusté pour le percentile d'IMC, l'activité physique modérée à vigoureuse, la défavorisation matérielle et sociale, la consommation d'alcool et de cigarettes au cours des trois derniers mois, le pays de naissance, l'origine ethnique et le niveau de scolarité des parents.

variations importantes dans cette zone tampon, l'exposition réelle pourrait différer de l'exposition attribuée. Toutefois, toute erreur de classification serait probablement non différentielle (les estimations des concentrations de $PM_{2,5}$ ne dépendant alors pas des mesures de la PAS), ce qui biaiserait les résultats vers la valeur nulle.

Nous n'avions pas de données sur le bruit attribuable à la circulation ni sur l'exposition des participants à la fumée de tabac secondaire, des facteurs qui influenceraient la PA et la pollution atmosphérique et qui auraient pu fausser nos résultats. Toutefois, deux études ont révélé que l'exposition au bruit lié à la circulation n'avait pas d'effet confusionnel sur les associations entre la PAS et l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique^{15,30}. En outre, bien que les liens étiologiques soient probablement toujours valables, les données utilisées dans cette étude ont été recueillies il y a entre 15 et 20 ans, ce qui pourrait limiter les applications pratiques actuelles de nos constatations. Enfin, nos analyses sont fondées sur une étude initialement conçue pour d'autres questions de recherche, ce qui fait que la puissance a été limitée à l'observation d'un effet faible.

Conclusion

Cette étude fournit des données suggérant une association positive possible entre l'exposition au NO_2 et aux $PM_{2,5}$ et la PAS chez les adolescents, mais les résultats ne sont pas concluants en raison de l'imprécision de nos estimations. D'autres études sont nécessaires afin de fournir une base plus solide pour l'inférence causale, notamment une surveillance plus fréquente ou même continue des valeurs de PA et de l'exposition à la pollution atmosphérique au fil du temps, ainsi que des analyses connexes. Si de plus en plus de données établissent que la pollution atmosphérique est un facteur de risque environnemental « modifiable » de PA élevée et d'hypertension, les avantages pour la santé publique pourraient être considérables, au Canada comme ailleurs dans le monde.

Remerciements

Financement

Les données utilisées dans cette analyse ont été extraites de l'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents (NICO), qui a été financée par la Société canadienne du cancer (subventions 010271

et 017435), les Instituts de recherche en santé du Canada (subventions MOP86471 et TMH-109787), le Centre for Addiction and Mental Health Foundation, la Fondation canadienne pour l'innovation (subventions 20289 et 16014) et le ministère de la Recherche et de l'Innovation de l'Ontario. EM a reçu des Instituts de recherche en santé du Canada une bourse dans le cadre du Programme de bourses d'études supérieures du Canada au niveau de la maîtrise pour la réalisation de ce travail. CL bénéficie d'une bourse de recherche postdoctorale Marie Curie RESPIRE-3. JOL est titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les déterminants précoces de la maladie chronique à l'âge adulte. TAB est chercheuse-boursière de niveau senior du Fonds de recherche Québec-Santé (FRQS).

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts réel ou potentiel.

Contributions des auteurs et avis

EM, JOL et TAB ont contribué à la conception de l'étude. La curation des données a été effectuée sous la supervision de JOL dans le cadre de l'étude NICO. EM a réalisé l'analyse formelle, sous la supervision de CL et de TAB. MZ a fourni des commentaires scientifiques sur les résultats de l'étude et PJV a fourni des commentaires scientifiques sur les expositions étudiées. EM a rédigé la version originale et CL, JOL, PJV, MZ, GBE et TAB ont relu le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

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

Références

1. Theodore RF, Broadbent J, Nagin D, et al. Childhood to early-midlife systolic blood pressure trajectories: early-life predictors, effect modifiers, and adult cardiovascular outcomes. *Hypertension*. 2015;66(6):1108-1115. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSION.AHA.115.05831>
2. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood

Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;114(2 Suppl 4th report):555-576.

3. Rosner B, Cook N, Portman R, Daniels S, Falkner B. Blood pressure differences by ethnic group among United States children and adolescents. *Hypertension*. 2009;54(3):502-508. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSION.AHA.109.134049>
4. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20171904. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1904>. Errata in: *Pediatrics*. 2018;42(3):e20181739. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1739>
5. Chen X, Wang Y, Mi J. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-analysis. *FASEB J*. 2007;21(6):A1363. <https://doi.org/10.1096/fasebj.21.6.A1363-b>
6. Guzman-Limon M, Samuels J. Pediatric hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. *Pediatr Clin North Am*. 2019;66(1):45-57. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.09.001>
7. Hansen ML, Gunn PW, Kaelber DC. Underdiagnosis of hypertension in children and adolescents. *JAMA*. 2007;298(8):874-879. <https://doi.org/10.1001/jama.298.8.874>
8. Giorgini P, Di Giosia P, Grassi D, Rubenfire M, Brook RD, Ferri C. Air pollution exposure and blood pressure: an updated review of the literature. *Curr Pharm Des*. 2016;22(1):28-51. <https://doi.org/10.2174/1381612822666151109111712>
9. Brook RD, Rajagopalan S. Particulate matter, air pollution, and blood pressure. *J Am Soc Hypertens*. 2009;3(5):332-350. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2009.08.005>

10. Chen H, Burnett RT, Kwong JC, et al. Spatial association between ambient fine particulate matter and incident hypertension. *Circulation*. 2014;129(5):562-569. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003532>
11. Huang M, Chen J, Yang Y, Yuan H, Huang Z, Lu Y. Effects of ambient air pollution on blood pressure among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 2021;10(10):e017734. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017734>
12. Perez CM, Hazari MS, Farraj AK. Role of autonomic reflex arcs in cardiovascular responses to air pollution exposure. *Cardiovasc Toxicol*. 2015;15(1):69-78. <https://doi.org/10.1007/s12012-014-9272-0>
13. Brook RD, Brook JR, Urch B, Vincent R, Rajagopalan S, Silverman F. Inhalation of fine particulate air pollution and ozone causes acute arterial vasoconstriction in healthy adults. *Circulation*. 2002;105(13):1534-1536. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000013838.94747.64>
14. Han X, Naeher LP. A review of traffic-related air pollution exposure assessment studies in the developing world. *Environ Int*. 2006;32(1):106-120. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2005.05.020>
15. Bilenko N, van Rossem L, Brunekreef B, et al. Traffic-related air pollution and noise and children's blood pressure: results from the PIAMA birth cohort study. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(1):4-12. <https://doi.org/10.1177/2047487313505821>
16. Zhang Z, Dong B, Li S, et al. Exposure to ambient particulate matter air pollution, blood pressure and hypertension in children and adolescents: a national cross-sectional study in China. *Environ Int*. 2019;128:103-108. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.04.036>
17. Sughis M, Nawrot TS, Ihsan-ul-Haque S, Amjad A, Nemery B. Blood pressure and particulate air pollution in schoolchildren of Lahore, Pakistan. *BMC Public Health*. 2012;12:378. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-378>
18. Wang X, Zou Z, Dong B, et al. Association of school residential PM_{2.5} with childhood high blood pressure: results from an observational study in 6 cities in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2515. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142515>
19. O'Loughlin J, Dugas EN, Brunet J, et al. Cohort profile: the Nicotine Dependence in Teens (NDIT) study. *Int J Epidemiol*. 2015;44(5):1537-1546. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu135>
20. Paradis G, Lambert M, O'Loughlin J, et al. The Québec Child and Adolescent Health and Social Survey: design and methods of a cardiovascular risk factor survey for youth. *Can J Cardiol*. 2003;19(5):523-531.
21. Gauderman WJ, Avol E, Lurmann F, et al. Childhood asthma and exposure to traffic and nitrogen dioxide. *Epidemiology*. 2005;16(6):737-743. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000181308.51440.75>
22. Crouse DL, Peters PA, Hystad P, et al. Ambient PM_{2.5}, O₃, and NO₂ exposures and associations with mortality over 16 years of follow-up in the Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). *Environ Health Perspect*. 2015;123(11):1180-1186. <https://doi.org/10.1289/ehp.1409276>
23. Park MK, Menard SM. Accuracy of blood pressure measurement by the Dinamap monitor in infants and children. *Pediatrics*. 1987;79(6):907-914. Erratum in: *Pediatrics* 1988 May; 81(5):683.
24. Dionne JM, Harris KC, Benoit G, et al. Hypertension Canada's 2017 guidelines for the diagnosis, assessment, prevention, and treatment of pediatric hypertension. *Can J Cardiol*. 2017;33(5):577-585. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.03.007>
25. Rosner B, Cook N, Portman R, Daniels S, Falkner B. Determination of blood pressure percentiles in normal-weight children: some methodological issues. *Am J Epidemiol*. 2008;167(6):653-666. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm348>
26. van Donkelaar A, Martin RV, Spurr RJ, Burnett RT. High-resolution satellite-derived PM_{2.5} from optimal estimation and geographically weighted regression over North America. *Environ Sci Technol*. 2015;49(17):10482-10491. <https://doi.org/10.1021/acs.est.5b02076>
27. Hystad P, Setton E, Cervantes A, et al. Creating national air pollution models for population exposure assessment in Canada. *Environ Health Perspect*. 2011;119(8):1123-1129. <https://doi.org/10.1289/ehp.1002976>
28. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2009;29(4):199-213.
29. Batista GE, Monard MC. A study of *k*-nearest neighbour as an imputation method. Paper presented at the Second International Conference on Hybrid Intelligent Systems (HIS 2002); 2002 Dec 1-4; Santiago, Chile. Dans : Abraham A, Ruiz-del-Solar J, Köppen M (dir.). *Soft computing systems: design, management and applications*. [Frontiers in artificial intelligence and applications series, vol. 87.] : Amsterdam (NL) : IOS Press; 2002. p. 251-260.
30. Liu C, Fuertes E, Tiesler CM, et al. The associations between traffic-related air pollution and noise with blood pressure in children: results from the GINIplus and LISAPLUS studies. *Int J Hyg Environ Health*. 2014; 217(4-5):499-505. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2013.09.008>
31. Dong G-H, Qian ZM, Trevathan E, et al. Air pollution associated hypertension and increased blood pressure may be reduced by breastfeeding in Chinese children: the Seven North-eastern Cities Chinese Children's Study. *Int J Cardiol*. 2014;176(3):956-961. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.08.099>
32. Cohen AJ, Brauer M, Burnett R, et al. Estimates and 25-year trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the Global Burden of Diseases Study 2015. *Lancet*. 2017; 389(10082):1907-1918. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30505-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30505-6)

Lettre à la rédaction

Ce dont nous avons besoin, c'est d'une santé publique politico-économique

Lindsay McLaren, Ph. D.

 Diffuser cet article sur Twitter

Je suis entièrement d'accord avec Choi et ses collaborateurs¹ pour dire qu'une collaboration interdisciplinaire permanente est nécessaire afin de régler les problèmes de santé complexes et d'améliorer la santé de tous. Toutefois, le concept de « santé publique clinique » décrit dans leur commentaire ne permettra pas de parvenir à cette fin.

Tout d'abord, il est bien établi que les causes profondes d'une mauvaise santé et des inégalités en matière de santé se trouvent dans des arrangements politico-économiques ancrés dans le capitalisme néolibéral. Leur impératif étant de maximiser les profits, ces arrangements provoquent l'érosion des déterminants sociaux et écologiques de la santé, une situation vécue de manière très inéquitable et injuste². La financiarisation du logement, l'octroi de subventions aux industries polluantes et la polarisation des revenus et de la richesse en sont des exemples, ce qui affaiblit le soutien général à un secteur public robuste. Il est intenable de croire que nous pourrions nous attaquer aux « problèmes pernicious » et aux « syndémies » sans tenir compte de ce contexte politico-économique plus large, et en particulier de ceux qui profitent du statu quo.

En outre, bien que les activités curatives et préventives (« en amont ») puissent être « complémentaires », elles ne sont certainement pas égales. Le pouvoir et la politique se combinent pour perpétuer les problèmes pernicious et de longue date que sont la dérive des modes de vie (*lifestyle drift*) et la médicalisation, qui réduisent des déterminants structurels et complexes à des problèmes individuels pour lesquels on prétend pouvoir trouver

des solutions techniques à l'échelle individuelle³. Ces processus masquent systématiquement les causes profondes des problèmes.

Pour s'attaquer à ces problèmes, il faut adopter une vision beaucoup plus large de la collaboration interdisciplinaire, en intégrant des études critiques en sciences sociales portant sur les causes profondes des problèmes de santé, en particulier les relations d'exploitation. Les défis à relever pour parvenir à ce type de collaboration sont considérables, mais les avantages à le faire le sont tout autant⁴.

En théorie, tout cela concorde avec une vision élargie de la santé publique, que l'on définit depuis longtemps comme l'art et la science de la prévention des maladies et de la promotion de la santé grâce aux efforts organisés de la société. Bien que Choi et ses collaborateurs¹ ne définissent pas la santé publique dans leur commentaire, il est clair qu'ils adoptent une vision étroite de la santé publique comme branche du système de santé et principalement axée sur la prestation de services et sur la surveillance. Malheureusement, c'est cette vision étroite de la santé publique, construite depuis des décennies⁵, que nous avons vue à l'œuvre pendant la pandémie de COVID-19, et ce, au détriment de la santé de la population et de l'équité en matière de santé⁶.

Ce dont nous avons besoin, c'est d'une vision élargie de la santé publique⁷ qui tienne compte du pouvoir et de la politique au lieu de reléguer ces éléments au second plan, car ces derniers façonnent tous les facettes de la santé ainsi que nos efforts visant à améliorer la santé.

Références

1. Choi BCK, King AS, Graham K, et al. Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies [commentaire]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022;42(10):496-497. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.03>
2. Bump JB, Baum F, Sakornsin M, Yates R, Hofman K. Political economy of COVID-19: extractive, regressive, competitive. *BMJ*. 2021;362:n73. <https://doi.org/10.1136/bmj.n73>
3. Baum F, Fisher M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociol Health Illn*. 2014;36(2):213-225. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112>
4. Mykhalovskiy E, Frohlich KL, Poland B, Di Ruggiero E, Rock JM, Comer L. Critical social science *with* public health: agonism, critique and engagement. *Crit Public Health*. 2019;29(5):522-533. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1474174>
5. Yong E. How public health took part in its own downfall. *The Atlantic* [en ligne]. 23 octobre 2021. En ligne à : <https://www.theatlantic.com/health/archive/2021/10/how-public-health-took-part-its-own-downfall/620457/>

Rattachement de l'auteur :

Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada

Correspondance : Lindsay McLaren, 3280 Hospital Dr., N.W., Calgary (Alberta) T2N 4Z6; courriel : lmclaren@ucalgary.ca

-
6. Hancock T, Kershaw P, McLaren L, MacDonald M, Turner S, Jackson SF. There is much more to public health than COVID-19. Healthy Debate [en ligne]. 15 juin 2020. En ligne à : <https://healthydebate.ca/2020/06/topic/more-to-public-health-than-covid/>
 7. McLaren L, Hennessy T. A broader vision of public health. The Monitor [en ligne]. 31 décembre 2020. En ligne à : <https://policyalternatives.ca/publications/monitor/broader-vision-public-health>

Lettre à la rédaction

À propos du commentaire « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies »

Chandrakant P. Shah, M.D., FRCPC, SM (Hyg), OOnt, D. Sc. (Hon)

 Diffuser cet article sur Twitter

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai lu l'article « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies » de Choi et ses collaborateurs¹. Je tiens à féliciter tous les auteurs pour le zèle dont ils ont fait preuve en menant les travaux fondateurs sur la discipline de la santé publique clinique, en tant que membres d'un groupe multidisciplinaire composé de cliniciens et de professionnels de la santé publique. J'ai pensé que vos lecteurs gagneraient à connaître certains faits historiques qui leur permettraient de mieux apprécier le travail fondamental accompli par ces auteurs.

La santé publique est devenue une spécialité reconnue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) dans les années 1940 et on a créé alors un programme complémentaire (*fellowship*) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (FRCPC) en santé publique. Toutefois, à l'exception de la Colombie-Britannique, il n'était pas nécessaire d'avoir suivi cette spécialisation pour travailler dans le domaine de la santé publique. Seules la Colombie-Britannique et l'Alberta avaient un programme de résidence en santé publique et la majorité des médecins spécialisés en

santé publique qui travaillaient sur le terrain avaient obtenu leur maîtrise ou un diplôme en santé publique à l'École d'hygiène de l'Université de Toronto, aux États-Unis ou au Royaume-Uni. La spécialité en santé publique du CRMCC s'est étiolée et un groupe de travail du CRMCC a été mis sur pied au début des années 1970 pour relancer le programme. Ce groupe de travail a recommandé que soit créé un programme de résidence de quatre ans avec des lignes directrices générales et des parcours précis. L'un de ces parcours était la prévention clinique, mais avec peu de détails sur le sujet.

J'ai été le premier directeur de ce nouveau programme de résidence à l'Université de Toronto en 1976. Pendant 25 ans, d'autres personnes et moi-même avons essayé de définir ce domaine, sans grand succès. Après ma retraite en 2001, j'ai de nouveau tenté ma chance. J'ai reçu une subvention de l'Agence de la santé publique du Canada pour mener une recherche documentaire et définir ce domaine. J'ai encore échoué! Lorsque le Dr Ross Upshur a renouvelé le concept et fondé la division en santé publique clinique à l'École de santé publique Dalla Lana il y a une dizaine d'années, j'étais enthousiaste. Je constate rétrospectivement que j'ai échoué

parce que je n'ai pas su rassembler les cliniciens et les professionnels en santé publique pour définir les éléments communs et les synergies nécessaires. De plus, les conséquences du changement climatique et de la COVID-19 sur la santé et le bien-être des personnes et de la population nous ont fait prendre conscience du fait que, pour résoudre la crise sanitaire, il fallait que la médecine et la santé publique fassent front commun. Je suis ravi de pouvoir assister à ces développements dans mes vieux jours! Mes compliments à tous les auteurs pour leur excellent travail. J'espère que cette sous-spécialité, dont nous avons grandement besoin, s'épanouira et contribuera à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

Référence

1. Choi BCK, King AS, Graham K et al. Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies [commentaire]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022; 42(10):496-497. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.03>

Rattachement de l'auteur :

Professeur émérite, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Chandrakant P. Shah, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario); courriel : c.shah@utoronto.ca

Lettre à la rédaction

Réponse des auteurs aux lettres à la rédaction à propos du commentaire « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies »

Bernard C. K. Choi, Ph. D. (1,2,3); Arlene S. King, M.D., M. Sc. S. (1); Kathryn Graham, Ph. D. (1,4); Rose Bilotta, M.D., M. Sc. S. (1); Peter Selby, M.B.B.S., M. Sc. S. (1,4,5,6); Bart J. Harvey, M.D., Ph. D. (1); Neeru Gupta, M.D., Ph. D. (1,7,8); Pierrette Buklis, M. Sc. S., R.D. (1); Donna L. Reynolds, M.D., M. Sc. (1,5)

 Diffuser cet article sur Twitter

Nous sommes heureux que notre article sur la santé publique clinique¹ ait reçu l'appui du D^r Shah², qui mentionne également des éléments historiques importants au sujet de la santé publique clinique. Le D^r Shah a été le premier directeur d'un nouveau programme de résidence lancé en 1976 à l'Université de Toronto, soit le programme de résidence en médecine communautaire, qui porte maintenant le nom de programme de résidence en santé publique et en médecine préventive. Même s'il prétend ne pas avoir « su rassembler les cliniciens et les professionnels de la santé publique pour définir les éléments communs et les synergies nécessaires »², nous sommes d'avis qu'il n'a pas échoué, car ses efforts ont inspiré ses étudiants (dont plusieurs ont corédigé l'article en question¹). Tirant parti de son héritage important, les générations suivantes de cliniciens et de professionnels en santé publique ont fait des avancées sur le plan d'une collaboration efficace entre médecine clinique et santé publique.

Pour sa part, la D^{re} McLaren rejette le concept de santé publique clinique parce qu'il est insuffisant pour « régler les problèmes de santé complexes et améliorer la

santé de tous ». Elle propose plutôt une santé publique politico-économique qui prévoit une collaboration intersectorielle de plus grande envergure³. Nous reconnaissons que la discipline de la santé publique clinique ne nous permettra pas à elle seule d'atteindre tous les objectifs en matière de santé, mais nous soutenons humblement que la collaboration qui est envisagée dans le cadre de cette discipline nous aidera à faire des progrès. Il faut parfois commencer graduellement, car à y aller de façon trop ambitieuse, le mieux risque de devenir l'ennemi du bien. La santé publique clinique est un nouveau point de départ qui, nous l'espérons, favorisera une collaboration plus vaste entre les professionnels et les groupes de sensibilisation. Par ailleurs, si la santé publique clinique ne peut résoudre tous les problèmes de santé, nous sommes d'avis que la santé publique politico-économique en soi ne parviendrait pas non plus à résoudre tous les problèmes découlant des lacunes des systèmes politique et économique actuels, bien qu'il puisse s'agir d'une étape importante sur cette voie.

Cela étant dit, nous partageons l'avis de D^{re} McLaren selon lequel les activités

« curatives et préventives (“en amont”) » ne sont pas de puissance égale³. Nous notons que la santé publique est souvent le « parent pauvre de la médecine clinique »¹ et nous suggérons l'adoption d'un modèle collaboratif en santé publique clinique comme moyen de parvenir à un équilibre plus sain.

Selon la D^{re} McLaren, nous adoptons par ailleurs « une vision étroite de la santé publique et [la considérons] comme branche du système de santé et principalement axée sur la prestation de services et la surveillance »³. En fait, c'est tout le contraire : nous avons une vision très large de la santé publique. L'article dont il est question¹ est le deuxième de notre série d'articles sur la santé publique clinique. Dans notre premier article, intitulé « Defining clinical public health »⁴, nous avons consulté des cliniciens, des chercheurs et des professionnels en santé publique. Il était clair que le concept de santé publique clinique englobait la santé publique dans son sens le plus large possible, dont les problèmes de santé de nature sociale causés par des « déterminants sociaux et commerciaux partagés » [traduction]^{4,E75}.

Rattachement des auteurs :

1. Division de santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
4. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto/London (Ontario), Canada
5. Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
7. Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
8. Keenan Research Centre for Biomedical Science, Hôpital St. Michael's, Unity Health Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Bernard C. K. Choi, Division de santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, 678-155, rue College, Toronto (Ontario) M5T 3M7; courriel : bernard.choi@utoronto.ca

Nous avons reçu deux lettres à la rédaction à la suite de notre premier article⁴ : une lettre qui rejetait le concept de santé publique clinique⁵, et une autre qui l'appuyait⁶. Nous venons aussi de recevoir deux lettres à la suite de ce deuxième article¹ : une lettre qui appuie notre conception² et une autre qui la relativise³. Nous espérons que ces articles et ces lettres à la rédaction mèneront à des discussions et débats approfondis sur la faisabilité et le développement de la santé publique clinique, et peut-être également à une compréhension élargie des déterminants politiques et économiques de la santé ainsi qu'à des mesures de plus grande envergure à ce propos.

Références

1. Choi BCK, King AS, Graham K, et al. Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies [commentaire]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022;42(10):496-497. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.03>
2. Shah CP. À propos du commentaire « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies » [lettre]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(4):222. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.06>
3. McLaren L. Ce dont nous avons besoin, c'est d'une santé publique politico-économique [lettre]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(4):220-221. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.05>
4. Choi BCK, Pakes B, Bilotta R, et al. Defining clinical public health. *Clin Invest Med*. 2021;44(2):E71-E76. <https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36479>
5. Young K. Can public health be “clinical”? [lettre]. *Clin Invest Med*. 2021;44(2):E77. <https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36449>
6. Ramsay T. On “Defining clinical public health” [lettre]. *Clin Invest Med*. 2021;44(2):E77. <https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36449>

Addenda et Note de l'éditeur

Recommandations pour le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le genre : points de vue de dirigeants, de fournisseurs de services et de survivantes dans la plus grande ville du Canada pendant la pandémie de COVID-19

L'objectif de cet addenda et note de l'éditeur est de fournir plus d'information et d'éléments de contexte jugés pertinents pour les lectrices et les lecteurs en lien avec [l'article suivant](#) :

Yakubovich AR, Steele B, Moses C, Tremblay E, Arcenal M, O'Campo P, Mason R, Du Mont J, Huijbregts M, Hough L, Sim A, Shastri P. Recommandations pour le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le genre : points de vue de dirigeants, de fournisseurs de services et de survivantes dans la plus grande ville du Canada pendant la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(4). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.01f>

1. Cet article mentionne à plusieurs reprises le Plan d'action national (PAN) « proposé » pour mettre fin à la violence envers les femmes. Les éditeurs désirent signaler que l'entérinement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du PAN a été [annoncée](#) le 9 novembre 2022¹, après que ce manuscrit a été accepté aux fins de publication dans la revue.

De plus, la phrase suivante de l'introduction de l'article a été légèrement modifiée de la version « en ligne d'abord » du 18 janvier 2023 :

« À ce jour, au Canada, seule une “stratégie pour prévenir et contrer la violence fondée sur le genre” a été mise en œuvre » a été remplacée par « Au moment de la rédaction de ce manuscrit, seule une “stratégie pour prévenir et contrer la violence fondée sur le genre” a été mise en œuvre au Canada ».

Les sections d'introduction et de méthodologie de l'article utilisent un chiffre arrondi de 600 millions de dollars canadiens sur cinq ans pour présenter l'investissement de 2022 du gouvernement fédéral pour faire progresser la prévention de la violence fondée sur le genre dans le cadre du PAN. Factuellement, le Budget 2021 a initialement proposé un investissement de 601,3 millions de dollars canadiens sur cinq ans pour élaborer et mettre en œuvre le PAN pour mettre fin à la violence fondée sur le genre². Cet investissement a été confirmé dans le Budget 2022, et un engagement supplémentaire de 539,3 millions de dollars canadiens sur cinq ans y a été identifié pour permettre aux provinces et aux territoires de mettre en œuvre le PAN et de compléter et renforcer les services de prévention de la violence fondée sur le genre et de soutien aux survivants³.

Références

1. Femmes et égalité des genres Canada. Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le sexe. Ottawa (Ont.) : Femmes et égalité des genres Canada; [modification le 9 novembre 2022]. En ligne à : <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/ministres-responsables-condition-feminine/plan-action-national-fin-violence-fondée-sexe/premier-plan-action-national-fin-violence-fondée-sexe.html>
2. Ministère des Finances Canada. Une relance axée sur les emplois, la croissance et la résilience : Budget 2021. 9.2 Garder les Canadiens en sécurité et améliorer l'accès à la justice. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021. En ligne à : <https://www.budget.canada.ca/2021/report-rapport/p3-fr.html#chap9>
3. Ministère des Finances Canada. Un plan pour faire croître notre économie et rendre la vie plus abordable : Budget 2022. 8.2 Garder les Canadiens en sécurité. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022. En ligne à : <https://www.budget.canada.ca/2022/report-rapport/chap8-fr.html#2022-2>

Congrès mondial des maladies non transmissibles 2023

[Diffuser cet article sur Twitter](#)

En collaboration avec



Le troisième Congrès mondial des maladies non transmissibles (CMMNT 2023) couvrira les principales maladies non transmissibles (p. ex., les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires et les maladies mentales) et leurs facteurs de risque sous des angles clés, notamment :

1. Recherche fondamentale, sciences cliniques, santé publique, épidémiologie et sciences du comportement;
2. Politique, promotion et économie de la santé;
3. Utilisation d'outils d'application modernes, tels que l'analyse des mégadonnées, l'apprentissage automatique, l'intelligence artificielle, les technologies portables, etc.

Le CMMNT 2023 proposera des symposiums et des ateliers précongrès, des séances plénières, des séances de communication simultanées, des présentations d'affiches, des expositions et un temps précieux pour le réseautage. Le CMMNT 2023 se tiendra du 25 au 30 juin 2023 en personne au Palais des congrès du Toronto métropolitain. C'est la première fois que le Congrès mondial des maladies non transmissibles (MNT) se déroule en personne en Amérique du Nord. C'est une excellente occasion pour les chercheurs et les décideurs politiques de participer, de présenter leurs recherches et d'entendre des experts de premier plan dans le domaine.

L'Organisation mondiale de la santé, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), les National Institutes of Health (NIH) des États-Unis, la Banque mondiale, l'UNICEF et les gouvernements du Canada et de l'Inde présenteront des sessions et auront des représentants au Congrès.

Au nom de l'Agence de la santé publique du Canada, nous vous invitons à y participer afin de représenter la science canadienne sur la scène mondiale. Pour les personnes intéressées, des renseignements additionnels sont disponibles sur le site Web du CMMNT 2023.

N'hésitez pas à transmettre ces renseignements aux collègues intéressés et réseaux pertinents.

Appel à contributions : La prescription sociale au Canada

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

Rédacteurs invités : Sandra Allison (Island Health Authority), Kiffer Card (Simon Fraser University), Kate Mulligan (University of Toronto)

Rédacteurs de la Revue PSPMC : Robert Geneau et Margaret de Groh (Agence de la santé publique du Canada)

La prescription sociale (PS) est un outil pratique dont l'objectif est de répondre aux déterminants sociaux de la santé en proposant des services au sein de la collectivité. Cette intervention, qui gagne du terrain à travers le monde, vise à promouvoir la santé et à prévenir les maladies chroniques en favorisant l'autodétermination individuelle et collective et en faisant le lien entre les participants et les ressources de leur collectivité offrant un soutien non clinique, comme l'aide alimentaire et le soutien au revenu, les parcs et les groupes de marche, les activités artistiques et culturelles ainsi que les visites amicales¹.

Les données probantes mondiales indiquent que la PS peut favoriser la santé des individus et de la population, servir à établir une base de données probantes sur l'impact d'interventions sociales sur la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et aider à intégrer des soins de santé et des services sociaux dans la collectivité². Les pratiques de PS continuent de prendre de l'ampleur et de se répandre au Canada et des initiatives de mobilisation des connaissances sont en cours par l'entremise du nouvel Institut canadien de prescription sociale³. Cependant, peu de littérature a été publiée sur cette intervention novatrice en contexte canadien ou par des chercheurs, praticiens et participants canadiens.

L'objectif de ce numéro spécial est de caractériser et de partager la recherche et les pratiques en cours sur la SP, par et pour les résidents du Canada, en particulier ceux qui sont victimes d'iniquités en matière de santé et de ses déterminants sociaux et structurels. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* sollicite des articles de recherche qualitative et quantitative et des commentaires qui présentent de nouvelles conclusions, font la synthèse de données probantes existantes ou imaginent de nouvelles façons d'aller de l'avant, notamment sur les éléments suivants :

- les applications de la PS, dont celles ciblant des populations spécifiques ou des types spécifiques d'interventions sociales;
- les changements de politiques et de système en lien avec la mise en œuvre de la PS;
- l'expertise et les expériences d'intervenants en PS, incluant les participants (patients), travailleurs de la santé, organismes communautaires et personnes soignantes;
- la formation, le perfectionnement de la main-d'œuvre, la collaboration et la mobilisation des connaissances en PS;
- la technologie, le suivi des données, l'évaluation et la collecte de données probantes sur la PS; et
- la compréhension de la PS à travers des cadres théoriques et des tendances liées au système.

Les soumissions internationales seront prises en compte si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (par exemple dans le cadre d'études multipays ou de comparaisons mondiales) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé de la collectivité ou de la population au Canada.

Veuillez consulter le site Web de la revue pour de plus amples renseignements sur les types d'articles et les [lignes directrices pour la soumission d'articles à l'intention des auteurs](#). Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement.

Tous les manuscrits doivent être soumis en utilisant le système en ligne [ScholarOne Manuscripts](#) de la revue. Pour toute question liée au processus de soumission, ou à la portée ou la pertinence d'un article, veuillez communiquer par courriel avec l'équipe de rédaction à l'adresse HPCDP.Journal-Revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca.

Échéance pour les soumissions : 31 juillet 2023.

Références

1. Bhatti S, Rayner J, Pinto AD, Mulligan K, Cole DC. Using self-determination theory to understand the social prescribing process: a qualitative study. *BJGP Open*. 2021;5(2):BJGPO.2020.0153. <https://doi.org/10.3399/bjgpo.2020.0153>
2. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health*. 2022;7:e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
3. Institut canadien de prescription sociale. Ce qui compte selon vous [Internet]. Toronto (Ont.) : ICPS; 2022 [consultation le 16 nov. 2022]. En ligne à : <https://www.socialprescribing.ca/fr-ca>

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues et livres. Voici quelques articles publiés en 2022 et 2023.

Baillet A, Chaput J-P, **Prince SA**, [...] **Lang JJ**. Effets sur la santé du respect des nouvelles Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures selon les catégories de l'indice de masse corporelle chez les adultes canadiens. *Rapports sur la santé*. 2022;33(11):3-16. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202201100001-fra>

Blair D-L, Shields M, Tonmyr L. Concerns about household violence during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14633. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214633>

Borderon M, **Ludwig A, Brazeau S**. Vulnerable populations. Dans : Brazeau S, Ogden NH, dir. *Earth observation, public health and One Health: activities, challenges and opportunities*. Oxfordshire (UK): CABI; 2022. p. 66-77.

Brazeau S, Vignolles C, Krishnamurthy RS, [...] **Kotchi SO**, [...] **Ogden NH, Ludwig A**, et al. Needs, challenges, and opportunities: a review by experts. Dans : Brazeau S, Ogden NH, dir. *Earth observation, public health and One Health: activities, challenges and opportunities*. Oxfordshire (UK): CABI; 2022. p. 93-103.

Campeau A, Tanaka M, McTavish JR, [...] **Hovdestad WE**, [...] **Tonmyr L**. Asking youth and adults about child maltreatment: a review of government surveys. *BMJ Open*. 2022;12(11):e063905. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063905>

Davis Z, **de Groh M**, Rainham DG. The Canadian Environmental Quality Index (Can-EQI): development and calculation of an index to assess spatial variation of environmental quality in Canada's 30 largest cities. *Environ Int*. 2022;170:107633. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107633>

Fahim C, Wiebe N, Nisenbaum R, [...] **Holmes NM**, et al. Changes in mammography screening in Ontario and Alberta following national guideline dissemination: an interrupted time series analysis. *F1000 Res*. 2022;10:1044. <https://doi.org/10.12688/f1000research.55004.2>

Halsall T, Mahmoud K, Iyer SN, **Orpana H**, et al. Implications of time and space factors related with youth substance use prevention: a conceptual review and case study of the Icelandic Prevention Model being implemented in the context of the COVID-19 pandemic. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18(1):2149097. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2149097>

Halsall T, Mahmoud K, **Pouliot A**, et al. Building engagement to support adoption of community-based substance use prevention initiatives. *BMC Public Health*. 2022;22(1):2213. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14496-9>

Khattar J, Griffith LE, Jones A, **De Rubeis V, de Groh M, Jiang Y**, et al. Symptoms of depression and anxiety, and unmet healthcare needs in adults during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *BMC Public Health*. 2022;22(1):2242. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14633-4>

Lange S, Roerecke M, **Orpana H**, et al. Alcohol use and the gender-specific risk of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev*. 2022;11(1):279. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02159-0>

Luke S, Hobbs AJ, Smith M, [...] **Nelson C**. Cannabis use in pregnancy and maternal and infant outcomes: a Canadian cross-jurisdictional population-based cohort study. *PLoS ONE*. 2022;17(11):e0276824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276824>

MacNeil A, Birk S, Villeneuve PJ, **Jiang Y, de Groh M**, et al. Incident and recurrent depression among adults aged 50 years and older during the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):15032. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215032>

Pagnotta VF, King N, Donnelly PD, **Thompson W**, et al. Access to medical care and its association with physical injury in adolescents: a cross-national analysis. *Inj Prev*. 2022. <https://doi.org/10.1136/ip-2022-044701>

Plouffe R, Grywacheski V, Luo W, Nelson C, Orpana H. Neonatal abstinence syndrome hospitalizations in Canada: a descriptive study. *Can J Public Health*. 2022. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00726-5>

Rodrigue L, Manaugh K, El-Geneidy A, [...] **Wasfi R**, [...] **Butler G**. Factors influencing subjective walkability: results from built environment audit data. *J Transp Land Use*. 2022;15(1):709-27. <https://doi.org/10.5198/jtlu.2022.2234>

Saxena S, Liu L, Pollock N, McFaul SR. Self-harm emergency department visits in Canada during the COVID-19 pandemic: evidence from a sentinel surveillance system. *Inj Epidemiol*. 2023;10(1):1. <https://doi.org/10.1186/s40621-022-00411-8>

Warner E, Nadouri D, **Orpana H**, et al. A scoping review of the definition of walkability and its relationship with depression and anxiety symptoms. *Can J Community Ment Health*. 2022;41(2):46-67. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2022-014>

