

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

## *Recherche, politiques et pratiques*

Volume 45 • numéro 1 • janvier 2025

### Dans ce numéro

#### *Recherche originale par méthodes mixtes*

- 1** Élaboration de la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires : étude d'établissement de consensus pour la mise en pratique de lignes directrices nationales en matière de santé publique

#### *Recherche quantitative originale*

- 22** Prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) au Canada pendant la pandémie de COVID-19 : résultats de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale
- 45** Mise en œuvre d'une politique pour une génération sans tabac au Canada : estimation des répercussions à long terme

#### *Aperçu*

- 60** Utilisation de produits de vapotage contenant de la nicotine lors d'une tentative d'abandon du tabagisme par des adultes canadiens fumeurs ou ayant récemment cessé de fumer : résultats concernant le Canada tirés de l'Enquête sur le tabagisme et le vapotage dans quatre pays menée en 2022 par le Projet international d'évaluation de la lutte antitabac

#### *Annonce*

- 68** 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

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

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

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

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

Dawn Slaweki, 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

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

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

Candace Nykiforuk, Ph. D.  
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.  
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC  
University of Calgary

Mark Tremblay, Ph. D.  
Institut de recherche du Centre hospitalier  
pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.  
University of Toronto

**Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats,  
à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.**

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0.

ISSN 2368-7398

Pub. 240579

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

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

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

---

## Recherche originale par méthodes mixtes

# Élaboration de la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires : étude d'établissement de consensus pour la mise en pratique de lignes directrices nationales en matière de santé publique

Tamara L. Morgan, Ph. D. (1); Michelle S. Fortier, Ph. D. (2); Rahul Jain, M. D. (3); Kirstin N. Lane, Ph. D. (4,5); Kaleigh Maclaren, C.M.P. (6); Taylor McFadden, Ph. D. (7); Jeanette Prorok, Ph. D. (8); Jill Robison, B. Sc. PT, M. Sc. (9); Zachary J. Weston, M. Sc., M.B.A. (4); Jennifer R. Tomasone, Ph. D. (1)

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

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

### Résumé

**Introduction.** Des efforts stratégiques de mobilisation des connaissances sont nécessaires pour améliorer l'adoption et l'utilisation des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures (DM24H), qui présentent la durée quotidienne optimale d'activité physique, de comportement sédentaire et de sommeil pour favoriser une bonne santé générale. La trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires est une ressource fondée sur des données probantes visant à aider les prestataires de soins primaires à faire connaître les DM24H. Le but de cette étude était de décrire comment un consensus a été obtenu sur les éléments de la trousse au moyen de révisions itératives afin d'améliorer son utilité en vue de sa publication en septembre 2022 ainsi que de résumer les premiers efforts de diffusion.

**Méthodologie.** Un groupe multidisciplinaire d'experts a planifié trois sondages par méthode Delphi modifiée pour évaluer, sur une échelle de Likert à 7 points comprenant des messages de suivi pour les cotes de 4 ou moins, dans quelle mesure les prestataires de soins primaires approuvaient les éléments de la trousse. Le consensus a été défini a priori comme une moyenne de 6 ou plus sur 7 aux questions où 60 % des prestataires de soins primaires ou plus avaient répondu au moins « plutôt d'accord ». Les éléments sur lesquels un consensus a été atteint ont été retirés des sondages suivants, sauf s'ils avaient été révisés.

**Résultats.** Vingt prestataires de soins primaires ont répondu aux sondages 1 et 2 et 15 ont répondu au sondage 3. Un consensus a été atteint sur 5 % (4/83) des éléments du sondage 1, 17 % (14/83) du sondage 2 et 55 % (38/69) du sondage 3. Le nombre de commentaires qualitatifs est passé de 26 à 19, puis à 12, autre indication de la hausse du consensus.

**Conclusion.** Les éléments sur lesquels le consensus n'a pas été obtenu sont sans doute le reflet de différences dans les caractéristiques des prestataires ou dans le milieu dans lequel ils exercent. Une stratégie de diffusion élaborée conjointement a été mise en œuvre. La portée de la trousse d'outils a été évaluée au moment de sa publication ainsi que quatre mois plus tard.

### Rattachement des auteurs :

1. École de kinésiologie et d'études sur la santé, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
2. École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
4. Société canadienne de physiologie de l'exercice, Ottawa (Ontario), Canada
5. École des sciences de l'exercice, d'éducation physique et de la santé, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
6. Spécialiste indépendante des communications, Ottawa (Ontario), Canada
7. Association médicale canadienne, Ottawa (Ontario), Canada
8. Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées, Kingston (Ontario), Canada
9. Réseau de soins de santé primaires et de prise en charge des maladies chroniques, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Tamara L. Morgan, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, 501, chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L6; courriel : [tamorgan@ohri.ca](mailto:tamorgan@ohri.ca)



### Points saillants

- Nous avons utilisé une méthode Delphi modifiée dans une approche rigoureuse par méthodes mixtes pour coproduire une trousse sur les Directives en matière de mouvement sur 24 heures.
- Cette trousse propose aux médecins de soins primaires du Canada un nombre accru de possibilités d'amorcer des discussions avec les adultes sur leur degré d'activité physique, de sédentarité et de sommeil et sur la façon d'optimiser ces trois comportements au moyen d'interventions.
- La plupart des éléments de la trousse ont été jugés utiles, compréhensibles et pertinents.
- Étant donné qu'un large éventail de points de vue a été pris en compte, cette trousse est utilisable par de nombreux professionnels des soins primaires pour promouvoir les Directives en matière de mouvement sur 24 heures et, par conséquent, la santé publique nationale.
- Cette approche Delphi modifiée est susceptible d'aider à la diffusion et à la mise en œuvre d'autres lignes directrices en matière de santé publique.

**Mots-clés :** *promotion de la santé, services de santé préventifs, méthodologie de recherche, activité physique, comportement sédentaire, sommeil, comportements en matière de mouvement, Delphi*

## Introduction

L'augmentation du taux de maladies chroniques chez les adultes est une source de préoccupation prédominante en matière de santé publique à l'échelle mondiale<sup>1</sup>. L'inactivité physique, une sédentarité excessive et le manque de sommeil sont des facteurs de risque de maladies chroniques et ils contribuent aux coûts élevés des soins de santé<sup>2</sup>. Or même de petits changements dans l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil (les trois composantes des « comportements en matière de mouvement ») d'une personne peuvent atténuer le risque de maladies chroniques<sup>3</sup>. Les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures (DM24H) sont des lignes directrices nationales en matière de santé publique qui soulignent l'importance d'avoir une quantité suffisante de sommeil de bonne qualité, de maximiser l'activité physique et de minimiser les comportements sédentaires chaque jour<sup>4</sup>. Les DM24H favorisent des approches novatrices visant à optimiser, au cours d'une période de 24 heures, les comportements en matière de mouvement et la santé générale au sein de la population<sup>4</sup>. Étant donné que les DM24H sont relativement récentes, il est nécessaire de les jumeler à des efforts de mobilisation des connaissances qu'on sait efficaces, afin d'accroître leur mise en pratique et d'améliorer la santé de la population. Alors que les prestataires de soins primaires jouent un rôle essentiel dans la promotion des DM24H, des obstacles tels que le manque de temps ou l'absence de confiance dans l'efficacité de la promotion des comportements en matière de mouvement peuvent les empêcher de promouvoir ce type de comportements auprès de leur clientèle. Ces obstacles doivent être abordés de façon stratégique afin de faire de la promotion des DM24H un succès<sup>5</sup>.

Étant donné l'interdépendance de l'activité physique, de la sédentarité et du sommeil, la modification de l'un de ces comportements influence le temps accordé aux autres, ce qui fait que le fait de discuter de ces comportements ensemble plutôt que séparément peut améliorer l'efficacité de la promotion des comportements en

matière de mouvement<sup>6,7</sup>. Par exemple, l'activité physique peut améliorer le sommeil et réduire la sédentarité. Ainsi, le fait de discuter de la façon de modifier plusieurs comportements en matière de mouvement avec leur clientèle ne constituerait pas en pratique une charge de travail importante les prestataires de soins primaires, mais cela pourrait amener de nouvelles façons d'améliorer les résultats pour la santé au sein de la population<sup>7</sup>.

Jusqu'à présent, il n'existait aucun outil connu pour que les prestataires de soins primaires intègrent des discussions au sujet des DM24H dans le cadre de leur travail. Nous avons réalisé un examen de la portée, qui a guidé l'élaboration du modèle de l'outil « Profitez au maximum de votre journée » (phase 1<sup>8</sup>), ainsi qu'une étude sur son utilisabilité, qui a orienté l'adaptation de l'outil en trousse (phase 2<sup>9</sup>). Cette trousse s'appuie sur des principes théoriques et sur une version modifiée du cadre de consultation DÉCOR (demander, évaluer, conseiller, outiller et renforcer)<sup>8</sup>. Pour accroître l'adoption de la trousse par les prestataires de soins primaires susceptibles de l'utiliser dans le cadre de leur travail, il est nécessaire que ces prestataires l'approuvent en grand nombre avant qu'elle soit mise en œuvre. L'objectif de l'étude était donc d'obtenir un consensus parmi les prestataires de soins primaires sur le caractère utile, recevable et compréhensible (clair) de la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires (phase 3) et de résumer les premières étapes de la diffusion de cette trousse. Cet article est fondé sur un rapport plus volumineux déjà publié<sup>10</sup>.

Le tableau 1 présente une description de la trousse.

## Méthodologie

### Approbation du comité d'éthique

L'approbation du comité général d'éthique de la recherche de l'Université Queen's (numéro de référence : TRAQ n° 6034390) a été obtenue avant le début de l'étude.

### Processus directeur

Les phases 1 à 3 d'élaboration de la trousse ont été guidées par le cadre d'application des connaissances<sup>11</sup>, dans une approche de coproduction à laquelle a pris part un groupe d'experts en santé publique,

en médecine, en promotion de la santé, en kinésiologie et en communications à toutes les étapes du projet de recherche<sup>8,9,11,12</sup>. Pour cette étude (phase 3), le groupe de travail a collaboré de décembre 2021 à septembre 2022 sur les aspects éthiques, la conception de l'étude, le recrutement des participants, l'interprétation des données et la diffusion des résultats<sup>12</sup>. De plus, le réalisme critique a fait ressortir la nécessité d'un éventail d'idées et de processus pour comprendre l'évolution de l'approbation de la trousse par les prestataires de soins primaires<sup>13</sup>. Nous avons également suivi les lignes directrices CREDES<sup>14</sup> sur la réalisation et la publication d'études menées à l'aide de la méthode Delphi.

### Recrutement des participants et procédure de l'étude

Nous avons utilisé une méthode Delphi modifiée<sup>15</sup> pour demander aux prestataires de soins primaires leurs commentaires sur la trousse. Nous avons modifié la méthode Delphi initiale dans la mesure où les questions du premier sondage n'étaient pas entièrement ouvertes et que nous n'avons pas mené d'entrevues de suivi<sup>16</sup>. Des méthodes Delphi modifiées ont souvent été utilisées pour obtenir un consensus parmi les professionnels de la santé, ce qui en fait la meilleure approche à utiliser pour établir un consensus auprès des prestataires de soins primaires se trouvant dans différentes régions<sup>17</sup>.

Cette étude a été menée à l'aide de méthodes mixtes simultanées emboîtées car nous avons recueilli simultanément des données quantitatives et qualitatives. Cependant, nous avons priorisé les données qualitatives pour atteindre les objectifs de notre étude, à savoir la collecte des données dans le but d'orienter les révisions apportées à la trousse et les plans de diffusion<sup>18</sup>. Pour montrer la diversité des points de vue entre les divers types de prestataires de soins primaires et respecter les recommandations publiées<sup>19</sup>, nous avons tenté de recruter cinq prestataires de soins primaires dans six « catégories » de professions admissibles – médecins/résidents, infirmières/infirmières praticiennes, diététistes/nutritionnistes, pharmacien(ne)s, professionnel(le)s en soins psychosociaux (psychologues, travailleuses ou travailleurs sociaux et psychothérapeutes agréés travaillant dans une équipe de santé familiale), ergothérapeutes travaillant dans une équipe de santé familiale – pour obtenir un échantillon cible de 30 prestataires de

**TABEAU 1**  
Description de la trousse « Profitez au maximum de votre journée »

Page/section	Description
Préambule	Préface d'une page décrivant la raison d'être de la trousse globale ainsi que de l'outil, du guide d'utilisation et du document à distribuer. Le préambule comprend un lien vers le supplément décrivant les données probantes qui ont orienté l'élaboration des DM24H.
	Une page, qui comprend six sections d'instructions et de messages-guides facultatifs pour aider les prestataires de soins à discuter d'un ou de plusieurs comportements en matière de mouvement.
Outil <sup>a</sup>	<b>Demander</b> Instructions à l'intention des prestataires de soins primaires sur la façon d'amorcer une conversation sur l'utilité des DM24H en fonction de la situation et des antécédents du client et de demander à ce dernier la permission de discuter des comportements en matière de mouvement.
	<b>Évaluer</b> Trois questions ouvertes pour permettre aux prestataires de soins primaires d'évaluer les degrés actuels d'activité physique, de sédentarité et de sommeil du client. Les cibles des DM24H pour chaque comportement sont indiquées sous chaque question. Des zones de texte à remplir et des cases à cocher peuvent être utilisées pour consigner les comportements.
	<b>Conseiller</b> Instructions à l'intention des prestataires de soins primaires sur la façon de déterminer les aspects à améliorer en fonction des degrés actuels de comportements en matière de mouvement établis à la section « Évaluer ». Des cases à cocher peuvent être utilisées pour noter le comportement choisi.
	<b>Planifier</b> Instructions à l'intention des prestataires de soins primaires sur la façon de discuter de ce que le client fait déjà bien dans le comportement en matière de mouvement choisi à la section « Conseiller » et des changements réalistes qui pourraient être apportés. Indication de fixer un objectif SMART dans le document à distribuer (voir la section du tableau traitant de la page 2 du document à distribuer).
Guide d'utilisation <sup>a</sup>	<b>Guider</b> Instructions à l'intention des prestataires de soins primaires sur la façon d'utiliser les principes de l'entretien motivationnel pour confirmer que l'objectif choisi est réalisable par le client. Comprend des conseils sur la façon d'accroître la motivation pour chaque comportement en matière de mouvement.
	<b>Ajuster</b> Instructions à l'intention des prestataires de soins primaires sur la façon de convenir avec le client d'une date de suivi ou sur la façon de l'orienter vers un autre prestataire le cas échéant.
Document à distribuer	Une page, qui donne des conseils supplémentaires sur la façon d'utiliser chacune des six sections de l'outil, présentés dans le même ordre. Les prestataires de soins primaires peuvent lire ces sections en même temps que la page de l'outil pour s'en servir comme ressource supplémentaire lorsqu'ils apprennent à utiliser l'outil, ou ils peuvent les consulter pour se rafraîchir la mémoire.
	Ressource de deux pages à l'intention des clients, qui fournit de l'information sur les DM24H et les sections interactives de la trousse.
	<b>Page 1</b> Explique les avantages à adopter des comportements sains en matière de mouvement, fournit les définitions et donne des exemples d'activités pour toutes les intensités d'activité physique, d'exercices de renforcement musculaire et d'équilibre, d'activités sédentaires et d'habitudes de sommeil. <b>Page 2</b> Décrit les zones à remplir, où la personne peut : <ul style="list-style-type: none"> <li>indiquer comment se déroulent ses journées en général;</li> <li>faire le suivi des comportements sains qu'elle adopte déjà en matière de mouvement;</li> <li>choisir le comportement en matière de mouvement qu'elle pourrait améliorer;</li> <li>se fixer un objectif SMART, avec une zone où le client ou le prestataire de soins primaires inscrit la date et signe pour marquer l'engagement dans un contrat de comportement.</li> </ul> Suggère de visiter le site Web de la SCPE ou de télécharger l'application ParticipACTION pour obtenir d'autres exemples d'établissement d'un objectif SMART.

**Abréviations :** DM24H, Directives en matière de mouvement sur 24 heures; SCPE, Société canadienne de physiologie de l'exercice; SMART, spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporel.

**Remarque :** La trousse s'adresse aux adultes de 18 ans ou plus. Elle comprend des suggestions supplémentaires pour les adultes de 65 ans ou plus.

<sup>a</sup> L'utilisation d'une version modifiée du cadre de consultation DÉCOR (demander, évaluer, conseiller, outiller et renforcer) et les principes de l'entretien motivationnel ont orienté le contenu de l'outil et du guide d'utilisation.

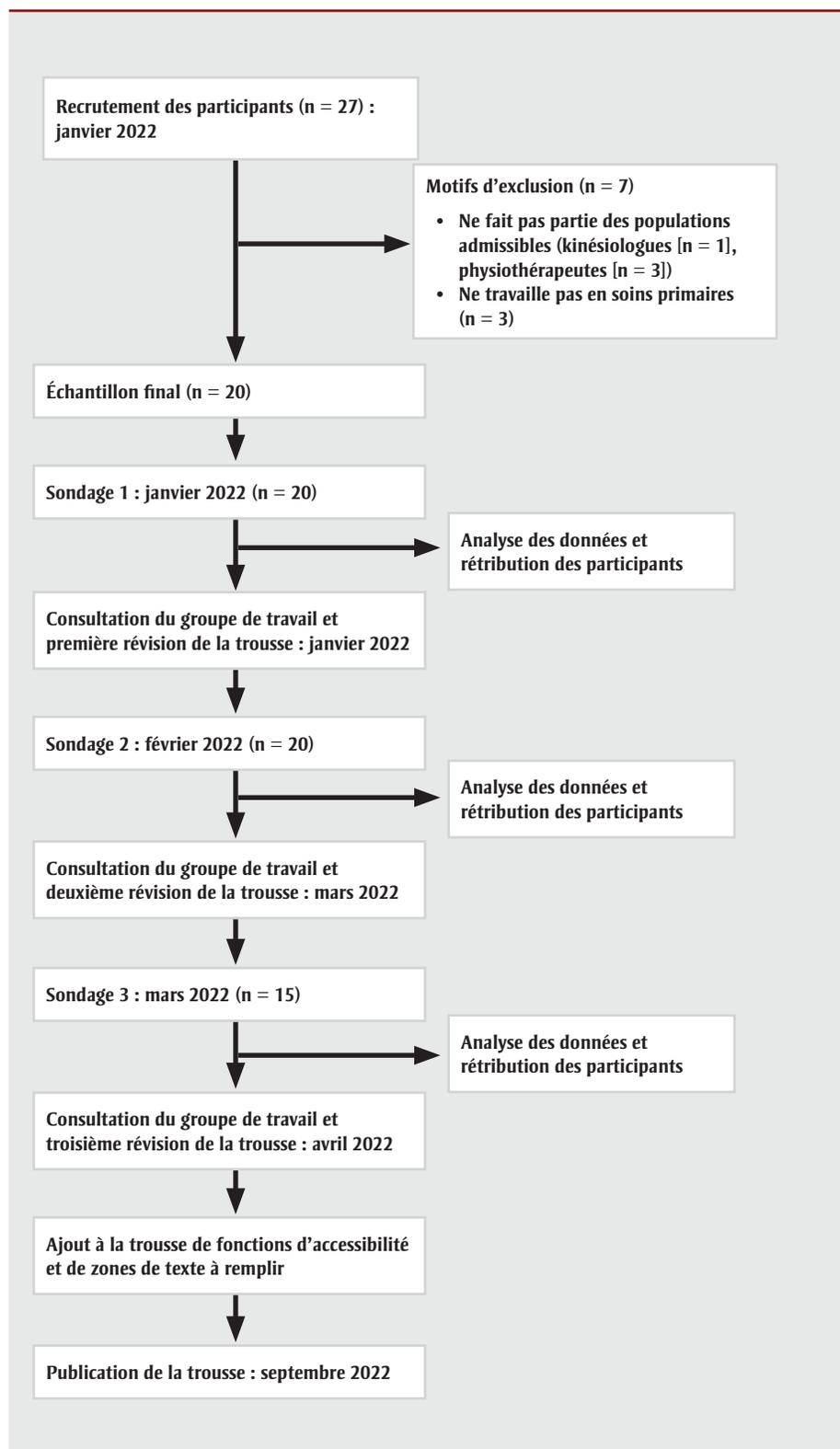
soins primaires. Une illustration avec un texte d'accompagnement a été affichée sur Twitter (maintenant appelé X) et Facebook pour inviter les prestataires de soins primaires travaillant au Canada à cliquer sur un lien les menant à un sondage préliminaire et à y participer. Les coauteurs de cet article ont également publié des messages pour promouvoir davantage l'étude. Twitter et Facebook ont été utilisés pour cet échantillonnage de commodité car les réseaux professionnels collectifs des coauteurs couvraient les domaines de la médecine et de la recherche ainsi que plusieurs organismes de santé nationaux et locaux, et des études de recherche ont montré que ces deux plateformes sont fréquemment utilisées par les prestataires de soins primaires comme moyen de communication professionnelle<sup>20</sup> car il s'agit d'outils de communication rapides, peu coûteux et de grande portée qui reposent sur les réseaux déjà en place plutôt que sur la création de nouveaux réseaux, et ce, dans différents milieux géographiques et professionnels<sup>21</sup>.

Le sondage préliminaire comportait des questions visant à caractériser notre échantillon, sur le plan des caractéristiques sociodémographiques (domaine de travail, nombre d'années d'exercice, collectivité(s) de travail des répondants [milieu urbain ou rural] et population(s) dont ils s'occupent [p. ex. adultes de 18 à 64 ans ou de 65 ans ou plus, adultes ayant des problèmes de santé chroniques]), de l'auto-identification (identité de genre et identité raciale ou ethnique), de la connaissance des DM24H (familiarité, rappel des recommandations) et du comportement personnel des participants relativement aux DM24H (degrés autodéclarés d'activité physique, de sédentarité et de sommeil). Les prestataires de soins primaires admissibles qui ont fourni leur adresse courriel ont reçu par courriel le lien vers le premier sondage (sondage 1). Chaque sondage devait être rempli pour que le répondant soit admissible aux sondages suivants. Un consentement éclairé continu a été demandé au début de chaque sondage.

La figure 1 illustre le processus du déroulement de l'étude.

Les sondages ont été affichés sur l'outil de création de sondage Qualtrics (Seattle, Washington, États-Unis). Le degré d'approbation des prestataires de soins primaires sur les éléments du sondage a été consigné

**FIGURE 1**  
**Organigramme illustrant la procédure des sondages par méthode Delphi modifiée utilisés pour réviser la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires avant sa publication**



sur une échelle de Likert à 7 points, où 1 signifiait « entièrement en désaccord », 4 « ni d'accord ni en désaccord » et 7 « entièrement d'accord ». Chaque page du sondage comportait des questions portant sur un élément de la trousse (p. ex. le préambule). Sur chaque page, on demandait aux participants d'expliquer, dans une zone de texte, la raison pour laquelle ils avaient attribué une cote de 4 (« ni d'accord ni en désaccord ») ou moins sur l'échelle de Likert (si c'était le cas) et leurs suggestions d'améliorations. Avant que les participants commencent à répondre aux sondages 2 et 3, on leur a demandé de lire un document résumant les résultats du sondage précédent et les révisions apportées en réponse à leurs commentaires (document disponible auprès des auteurs sur demande). Jusqu'à trois sondages ont été prévus, avec une collecte des données prenant fin une fois un consensus atteint sur tous les éléments des sondages ou une fois les trois sondages réalisés, selon la première occurrence de ces éventualités.

Les participants ont reçu une carte-cadeau électronique de 20 \$ CA pour répondre aux sondages 1 et 2 et une carte-cadeau électronique de 35 \$ CA pour répondre au sondage 3.

### *Analyse statistique*

Les données de Qualtrics ont été exportées dans Microsoft Excel pour Windows 10 (Microsoft Corp., Redmond, Washington, États-Unis) et SPSS version 28.0 pour Windows 10 (IBM, Chicago, Illinois, États-Unis) pour le calcul du pourcentage d'accord, des cotes moyennes, des écarts-types, des médianes, des écarts interquartiles et des niveaux de concordance. Le consensus sur chaque élément du sondage a été défini a priori comme une moyenne d'au moins 6 sur l'échelle de Likert à 7 points avec au moins 60 % des participants ayant choisi « plutôt d'accord » ou plus (au moins 5 sur l'échelle de Likert à 7 points)<sup>22</sup>. Les éléments pour lesquels les participants n'ont pas suggéré de modifications ont été retirés du sondage suivant et conservés tels quels dans la trousse. Les éléments révisés en fonction des suggestions des participants ont été inclus dans le sondage suivant pour approbation des modifications.

La divergence a été définie comme une absence de consensus, avec plus de 10 % des participants ayant présenté des commentaires contradictoires ou suggéré des

modifications à un élément du sondage. Par ailleurs, nous avons appliqué la notion de stabilité des cotes<sup>23</sup> et défini un « consensus infraliminaire » pour les éléments où une note moyenne entre « plutôt d'accord » et « d'accord » (c.-à-d. entre 5 et 6 sur l'échelle de Likert à 7 points) a été obtenue et pour lesquels soit des commentaires favorables ont été fournis, soit moins de 10 % des participants ont suggéré des modifications, soit aucune modification n'a été suggérée. La distinction entre la divergence et le consensus infraliminaire nous a permis de distinguer les éléments pour lesquels il n'y avait pas de consensus, ceux pour lesquels il y avait désaccord avec suggestions qualitatives (utilité, acceptabilité et compréhensibilité relativement plus faibles) et ceux pour lesquels il y avait consensus (utilité, acceptabilité et compréhensibilité relativement plus élevées). Les données qualitatives ont été utilisées pour interpréter les cotes quantitatives et ont été les principaux facteurs à l'origine de la révision des éléments de la trousse. Pour apporter les révisions, nous avons consigné, à la suite de chaque analyse du sondage, les modifications suggérées par les participants et le groupe de travail a discuté de ces modifications au cours de réunions virtuelles de 90 minutes et par courriel afin de déterminer ensemble la meilleure façon de répondre à ces commentaires. Ces discussions ont donné lieu soit à la révision de l'élément de la trousse (p. ex. par la modification de la formulation, de la conception ou de l'ordre) soit à son retrait (p. ex. si les participants l'ont trouvé redondant, inutile ou non attrayant visuellement).

Les degrés d'association entre les cotes des participants ont été analysés pour chaque sondage à l'aide du coefficient de concordance de Kendall (*W*), car les données n'étaient pas paramétriques et tous les sondages comportaient plus de deux évaluateurs (soit les participants)<sup>24</sup>. Des analyses du khi carré ( $\chi^2$ ) ont été effectuées pour évaluer la signification statistique de *W* à l'aide d'intervalles de confiance à 95 %.

### Validation

Pour la validation externe de la trousse, nous avons communiqué avec les chercheurs, experts dans leur domaine au Canada, qui ont réalisé les revues systématiques à l'origine des recommandations sur l'activité physique, la sédentarité et le

sommeil des DM24H, afin d'obtenir leurs commentaires sur l'exactitude du contenu.

### Diffusion

Nous avons procédé à l'élaboration et à la mise en œuvre conjointes d'une stratégie de diffusion, qui comprenait la conception et la présentation d'une courte vidéo sur le site Web sur les DM24H de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE), l'affichage de la trousse sur le Carrefour du bien-être des médecins de l'Association médicale canadienne, des publipostages électroniques aux réseaux professionnels de la SCPE, du Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées, du Comité consultatif sur l'application des connaissances et du Comité de consensus sur l'élaboration des lignes directrices des DM24H et de l'équipe de promotion de la santé de l'Université Queen's, ainsi que des publications sur Twitter (10 publications), Instagram (8 publications, 5 brèves), Facebook (7 publications, 1 brève), LinkedIn (2 publications) et YouTube (2 vidéos). Cette stratégie de diffusion a été mise en pratique le jour de la publication de la trousse, puis des mesures ont été recueillies une semaine et quatre mois après la publication pour évaluer la portée de la trousse.

### Résultats

Vingt-sept personnes ont rempli le formulaire de déclaration d'intention de participer, mais sept d'entre elles n'ont pas pu participer parce qu'elles ne travaillaient pas en milieu de soins primaires ( $n = 3$ ) ou qu'elles ne faisaient pas partie de la population admissible ( $n = 4$ ). Vingt prestataires de soins primaires, travaillant en Colombie-Britannique, en Alberta ou en Ontario, ont pu participer, y ont consenti et ont répondu aux sondages 1 et 2. Malgré les rappels par courriel, cinq d'entre eux n'ont pas répondu au sondage 3. Cet échantillon de 20 personnes était inférieur à ce qui était prévu mais nous n'avons pas pu prolonger la période de recrutement. Il demeure que de nombreuses études par méthode Delphi ont utilisé de 15 à 20 participants seulement<sup>25</sup>.

Le tableau 2 présente les caractéristiques des participants.

Les pourcentages d'accord, les moyennes, les écarts-types, les médianes et les écarts interquartiles des sondages 1 à 3 sont présentés dans le tableau 3. Dans tous les

sondages, le critère du pourcentage d'accord a été satisfait 100 % du temps, tandis que le critère de la cote moyenne a été satisfait en proportion croissante à chaque sondage. Dans le sondage 1, les participants sont parvenus à un consensus sur 5 % (4/83) des éléments de la trousse et ont formulé 26 commentaires qualitatifs. L'élément « Je crois que [les adultes qui ont accès aux soins] utiliseraient le document à distribuer » a obtenu la note moyenne la plus faible, soit 5,4 sur 7. Les participants sont parvenus à un consensus sur les éléments suivants : ils seraient disposés à utiliser les sections « Conseiller » et « Ajuster » ainsi que le guide d'utilisation dans l'exercice de leur travail, et les clients adultes comprendraient le document à distribuer. Les commentaires qualitatifs indiquaient que le préambule, l'outil, le guide d'utilisation et le document à distribuer étaient trop chargés et qu'ils contenaient trop de texte (ex. : « Il y a beaucoup de texte, mais je comprends la nécessité de fournir cette information pour que l'outil soit utilisé correctement » [P01, traduction]).

La trousse d'outils a été révisée en réponse à chaque commentaire ou, dans le cas où les commentaires des participants étaient semblables, à plusieurs commentaires ensemble. Plus précisément, nous avons tenté d'améliorer l'attrait visuel (au moyen de puces, de cases à cocher ainsi que de couleurs, de polices et de graphiques simplifiés) et la facilité d'utilisation (suppression du texte redondant ou inutile, réorganisation de la section « Guider » dans l'outil et le guide d'utilisation et clarification de la formulation, en particulier la modification du nom de la section « Convenir » par « Planifier »).

Dans le sondage 2, les participants sont parvenus à un consensus sur environ 17 % (14/83) des éléments et ont formulé 19 commentaires qualitatifs. La note moyenne la plus faible, 5,15 sur 7, a été attribuée à la facilité de compréhension du titre. Un consensus a été atteint sur les 14 éléments suivants : l'attrait visuel des sections « Évaluer », « Conseiller », « Guider » et « Ajuster », du guide d'utilisation et du document à distribuer; la facilité d'utilisation des sections « Évaluer », « Guider » et « Ajuster »; la section « Ajuster » contenait suffisamment d'information; le guide d'utilisation était facile à comprendre; les participants avaient suffisamment de connaissances pour utiliser le guide d'utilisation; il est important d'inclure

**TABLEAU 2**  
**Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants à l'étude d'établissement de consensus sur la trousse**  
**« Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

	Sondages 1 et 2 n = 20	Sondage 3 n = 15
<b>Identité de genre, n (%)</b>		
Femme	16 (80,0)	11 (73,3)
Homme	3 (15,0)	3 (20,0)
Non déclarée	1 (5,0)	1 (6,7)
<b>Identité raciale ou ethnique, n (%)</b>		
Blanc	13 (65,0)	8 (53,3)
Chinois	2 (10,0)	2 (13,3)
Autre <sup>a</sup>	3 (15,0)	3 (20,0)
Préfère ne pas répondre	2 (10,0)	2 (13,3)
<b>Profession, n (%)</b>		
Résident(e)	2 (10,0)	2 (13,3)
Médecin	5 (25,0)	4 (26,7)
Infirmière/infirmier	3 (15,0)	3 (20,0)
Diététiste/nutritionniste	2 (10,0)	2 (13,3)
Travailleur ou travailleuse social(e)	2 (10,0)	1 (6,7)
Psychologue	1 (5,0)	1 (6,7)
Psychothérapeute	1 (5,0)	0 (0,0)
Infirmier ou infirmière praticien(ne)	2 (10,0)	1 (6,7)
Pharmacien(ne)	2 (10,0)	1 (6,7)
Nombre moyen d'années d'exercice (É.-T.)	9,95 (5,7)	8,29 (5,9)
Nombre minimum d'années d'exercice	1	1
Nombre maximum d'années d'exercice	18	16
<b>Communauté servie, n (%)</b>		
Urbaine	14 (70,0)	11 (73,3)
Suburbaine	4 (20,0)	2 (13,3)
Rurale	1 (5,0)	1 (6,7)
Réponse non fournie	1 (5,0)	1 (6,7)
<b>Population d'adultes traitée<sup>b</sup>, n (%)</b>		
18 à 64 ans	18 (90,0)	13 (86,7)
65 ans ou plus	8 (40,0)	8 (53,3)
Avec diabète	7 (35,0)	7 (46,7)
Femme enceinte	5 (25,0)	5 (33,3)
Avec ostéoporose	4 (20,0)	4 (26,7)
Avec cancer	5 (25,0)	5 (33,3)
Avec maladie d'Alzheimer	5 (25,0)	5 (33,3)
Avec maladie de Parkinson	6 (30,0)	6 (40,0)
Avec sclérose en plaques	5 (25,0)	5 (33,3)
Avec lésion de la moelle épinière	5 (25,0)	5 (33,3)
<b>Connaissance des Directives en matière de mouvement sur 24 heures, n (%)</b>		
Ne les connaît pas du tout	2 (10,0)	2 (13,3)
Les connaît	17 (85,0)	12 (80,0)
Les connaît seulement de nom	4 (20,0)	4 (26,7)
Les connaît un peu	12 (60,0)	7 (46,7)
Les connaît très bien	1 (5,0)	1 (6,7)

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants à l'étude d'établissement de consensus sur la trousse**  
**« Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

	Sondages 1 et 2 n = 20	Sondage 3 n = 15
<b>Connaissance des Directives en matière de mouvement sur 24 heures (réponses ouvertes), n (%)</b>		
Désignation correcte des trois principaux éléments (activité physique, sédentarité et sommeil)	4 (20,0)	3 (20,0)
Désignation correcte de 2 des 3 éléments principaux	1 (5,0)	1 (6,7)
Désignation correcte de 1 des 3 éléments principaux	11 (55,0)	7 (46,7)
Ne savait pas/mauvaise réponse/aucune réponse	4 (20,0)	4 (26,7)
<b>Connaissance des Directives en matière de mouvement sur 24 heures (choix multiple), n (%)</b>		
Au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à vigoureuse par semaine, dont des activités de renforcement musculaire au moins 2 jours par semaine	15 (75,0)	10 (66,7)
Plusieurs heures d'activité physique d'intensité légère, incluant des périodes en position debout	3 (15,0)	3 (20,0)
Limiter la sédentarité à 8 heures ou moins par jour	0 (0)	0 (0)
7 à 9 heures de sommeil de bonne qualité de façon régulière, avec des heures de coucher et de lever régulières (pour les adultes de 18 à 64 ans)	7 (35,0)	5 (33,3)
7 à 8 heures de sommeil de bonne qualité de façon régulière, avec des heures de coucher et de lever régulières (pour les adultes de 65 ans ou plus)	2 (10,0)	2 (13,3)
Réalisation d'exercices physiques qui travaillent l'équilibre	1 (5,0)	1 (6,7)
Remplacer les comportements sédentaires par plus d'activité physique, et l'activité physique de faible intensité par plus d'activité physique d'intensité moyenne à élevée, tout en maintenant une durée de sommeil suffisante, entraîne encore plus de bienfaits pour la santé	8 (40,0)	5 (33,3)
Ne savait pas/n'était pas certain	0 (0)	0 (0)
Mauvaise réponse	9 (45,0)	8 (53,3)
<b>Comportements des participants en matière de mouvement, n (%)</b>		
Respecte la recommandation de 7 à 9 heures de sommeil	16 (80,0)	12 (80,0)
Déclare que son sommeil est de bonne qualité	9 (45,0)	8 (53,3)
Respecte la recommandation d'au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à vigoureuse par semaine	15 (75,0)	10 (66,7)
dont activités de renforcement musculaire au moins 2 jours par semaine	3 (15,0)	3 (20,0)
Respecte la recommandation quotidienne de plusieurs heures d'activité physique légère, incluant des périodes en position debout	4 (20,0)	3 (20,0)
Respecte la recommandation de limiter le temps de sédentarité à 8 heures ou moins par jour	3 (15,0)	3 (20,0)
Respecte les 4 recommandations	0 (0,0)	0 (0,0)
Respecte 3 des 4 recommandations	7 (35,0)	6 (40,0)
Respecte 2 des 4 recommandations	2 (10,0)	2 (13,3)
Respecte 1 des 4 recommandations	9 (45,0)	5 (33,3)
Ne respecte aucune des recommandations/n'a pas répondu	2 (10,0)	2 (13,3)

**Abréviation :** É.-T., écart-type.

<sup>a</sup> Comprend les personnes qui se sont identifiées comme membres des Premières Nations, Asiatiques du Sud ou d'ascendance mixte.

<sup>b</sup> Le nombre total est supérieur à la taille de l'échantillon combiné, car les participants pouvaient sélectionner plusieurs réponses.

**TABLEAU 3**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée »**  
**pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
<b>Préambule</b>				
Le préambule est visuellement attrayant.	<i>M</i> (É.-T.)	5,5 (1,43)	5,5 (0,95)	5,4 (0,99)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	80	95	87
Le préambule est facile à comprendre.	<i>M</i> (É.-T.)	5,35 (0,75)	5,2 (0,95)	5,67 (0,72)
	Médiane	5,5	5,5	6,0
	É.I.	1	1,25	1
	% d'accord	85	75	93
Le préambule facilitera l'utilisation de la trousse.	<i>M</i> (É.-T.)	5,5 (0,89)	5,65 (0,67)	6,27 (0,88) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	100	93
Le préambule contient suffisamment d'information.	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,91)	5,65 (0,75)	6,2 (0,68) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	90	100
Le préambule est un élément important à inclure pour moi-même ou pour d'autres prestataires.	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,92)	5,55 (0,69)	5,8 (0,86)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	95	93
<b>Outil</b>				
Le titre est visuellement attrayant.	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,80)	5,9 (0,64)	6,0 (0,65) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	0,75	0
	% d'accord	90	100	100
Le titre est facile à comprendre.	<i>M</i> (É.-T.)	5,45 (0,76)	5,15 (0,99)	5,53 (0,74)
	Médiane	5,5	5,0	5,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	80	100
J'utiliserais le titre dans l'exercice de mon travail.	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (1,1)	5,6 (1,05)	5,87 (0,52)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1,25	1	0
	% d'accord	90	90	100
Le titre facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement.	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,67)	5,65 (0,99)	6,13 (0,83) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	95	90	93
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser le titre auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,83)	5,75 (0,79)	6,2 (0,77) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1,25	1	1
	% d'accord	100	95	93

Suite à la page suivante

**TABEAU 3 (suite)**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
Je me sentirais à l'aise d'utiliser le titre auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,75)	5,55 (0,94)	5,87 (0,64)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0,5
Le titre contient suffisamment d'information.	% d'accord	90	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,55 (0,89)	5,3 (0,86)	5,93 (0,59)
	Médiane	6,0	5,0	6,0
Le titre est un élément important à inclure pour moi-même ou pour d'autres prestataires.	É.I.	1	1	0
	% d'accord	85	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,45 (1,0)	5,55 (0,69)	5,87 (0,64)
La section « Demander » est visuellement attrayante.	Médiane	5,5	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0,5
	% d'accord	80	95	100
La section « Demander » est facile à comprendre.	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,80)	5,6 (0,68)	6,07 (0,46) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0
J'utiliserais la section « Demander » dans l'exercice de mon travail.	% d'accord	90	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,45 (0,76)	5,65 (0,99)	5,6 (0,74)
	Médiane	5,5	6,0	5,0
La section « Demander » facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement.	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	85	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,70)	5,85 (0,81)	5,87 (0,74)
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser la section « Demander » auprès de ma clientèle actuelle.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0
	% d'accord	100	95	93
Je me sentirais à l'aise d'utiliser la section « Demander » auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,85 (0,75)	5,65 (0,87)	6,2 (0,77) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	0,25	1	1
La section « Demander » contient suffisamment d'information.	% d'accord	95	90	93
	<i>M</i> (É.-T.)	5,95 (0,83)	5,65 (0,93)	6,13 (0,64) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
La section « Demander » est un élément important à inclure pour moi-même ou pour d'autres prestataires.	É.I.	2	1	0,5
	% d'accord	100	85	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,55 (0,89)	5,45 (0,94)	5,73 (0,70)
La section « Demander » est un élément important à inclure pour moi-même ou pour d'autres prestataires.	Médiane	5,5	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0,5
	% d'accord	90	80	93
La section « Demander » contient suffisamment d'information.	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,55)	5,85 (0,81)	5,93 (0,59)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	0	0
La section « Demander » est un élément important à inclure pour moi-même ou pour d'autres prestataires.	% d'accord	100	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,55)	5,6 (0,68)	5,73 (0,80)
	Médiane	6,0	5,0	6,0
La section « Demander » est un élément important à inclure pour moi-même ou pour d'autres prestataires.	É.I.	0	1	1
	% d'accord	95	95	93

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
La section « Évaluer » est visuellement attrayante.	<i>M</i> (É.-T.)	5,95 (0,60)	6,15 (0,75) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	0	1	–
La section « Évaluer » est facile à comprendre.	% d'accord	100	100	–
	<i>M</i> (É.-T.)	5,45 (1,0)	5,5 (1,05)	6,27 (0,59) <sup>b</sup>
	Médiane	5,0	5,5	6,0
J'utiliserais la section « Évaluer » dans l'exercice de mon travail.	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	80	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,9 (0,85)	6,1 (0,79) <sup>b</sup>	–
La section « Évaluer » facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement.	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	0	1,25	–
	% d'accord	90	100	–
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser la section « Évaluer » auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,85 (0,75)	5,6 (0,94)	5,8 (0,86)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	0,25	1	1,5
Je me sentirais à l'aise d'utiliser la section « Évaluer » auprès de ma clientèle actuelle.	% d'accord	95	85	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,55 (0,76)	5,9 (0,72)	6,2 (0,68) <sup>b</sup>
	Médiane	5,5	6,0	6,0
La section « Évaluer » contient suffisamment d'information.	É.I.	1	1	1
	% d'accord	95	100	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,75)	5,8 (0,89)	6,53 (0,52) <sup>b</sup>
La section « Évaluer » est un élément important à inclure pour moi-même ou pour d'autres prestataires.	Médiane	6,0	6,0	7,0
	É.I.	1	1,25	1
	% d'accord	95	95	100
La section « Conseiller » est visuellement attrayante.	<i>M</i> (É.-T.)	5,86 (0,75)	5,9 (0,72)	6,13 (0,64) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	0,25	1	0,5
La section « Conseiller » est facile à comprendre.	% d'accord	95	100	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,72)	5,7 (0,86)	5,87 (0,74)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
J'utiliserais la section « Conseiller » dans l'exercice de mon travail.	É.I.	1	1	1
	% d'accord	95	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,72)	6,05 (0,60) <sup>b</sup>	–
La section « Évaluer » est visuellement attrayante.	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	1	0	–
	% d'accord	95	100	–
La section « Conseiller » est facile à comprendre.	<i>M</i> (É.-T.)	5,55 (0,89)	5,85 (0,88)	6,27 (0,46) <sup>b</sup>
	Médiane	5,5	6,0	6,0
	É.I.	1	1,25	0,5
J'utiliserais la section « Conseiller » dans l'exercice de mon travail.	% d'accord	90	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	6,05 (0,89)	5,9 (0,91)	5,73 (0,88)
	Médiane	6,0	6,0	5,0
La section « Conseiller » est visuellement attrayante.	É.I.	1,25	2	1,5
	% d'accord	95	95	100

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,70)	5,95 (0,83)	6,2 (0,56) <sup>b</sup>
La section « Conseiller » facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	0,5	0,5
	% d'accord	100	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,49)	5,65 (0,88)	6,4 (0,74) <sup>b</sup>
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser la section « Conseiller » auprès de ma clientèle actuelle.	Médiane	6,0	6,0	7,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	100	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,83)	5,65 (0,75)	6,07 (0,59) <sup>b</sup>
Je me sentirais à l'aise d'utiliser la section « Conseiller » auprès de ma clientèle actuelle.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	0,25	1	0
	% d'accord	90	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,85 (0,75)	5,7 (0,86)	6,13 (0,92) <sup>b</sup>
La section « Conseiller » contient suffisamment d'information.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	2
	% d'accord	100	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,98)	5,5 (0,69)	6,13 (0,64) <sup>b</sup>
La section « Conseiller » est un élément important à inclure pour moi-même ou d'autres prestataires.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0,5
	% d'accord	90	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,66)	5,95 (0,69)	6,13 (0,64) <sup>b</sup>
La section « Planifier » <sup>a</sup> est visuellement attrayante.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	0,25	0,5
	% d'accord	95	100	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,85)	5,85 (0,67)	5,87 (0,83)
La section « Planifier » est facile à comprendre.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1,5
	% d'accord	95	100	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,95 (0,83)	5,9 (1,07)	6,2 (0,68) <sup>b</sup>
J'utiliserais la section « Planifier » dans l'exercice de mon travail.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	0,5	2	1
	% d'accord	95	85	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,70)	5,84 (0,83)	6,6 (0,51) <sup>b</sup>
La section « Planifier » facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement.	Médiane	6,0	6,0	7,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	100	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,73)	5,6 (0,99)	6,0 (0,65) <sup>b</sup>
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser la section « Planifier » auprès de ma clientèle actuelle.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0
	% d'accord	95	85	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,45 (0,83)	5,9 (0,64)	5,73 (0,96)
Je me sentirais à l'aise d'utiliser la section « Planifier » auprès de ma clientèle actuelle.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	0,25	1,5
	% d'accord	85	100	93

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
La section « Planifier » contient suffisamment d'information.	<i>M</i> (É.-T.)	5,6 (0,75)	5,4 (0,88)	6,27 (0,46) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0,5
La section « Planifier » est un élément important à inclure pour moi-même ou d'autres prestataires.	% d'accord	90	80	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,5 (0,76)	5,65 (0,75)	5,93 (0,88)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
La section « Guider » est visuellement attrayante.	É.I.	1	1	2
	% d'accord	90	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,9 (0,96)	6,0 (0,73) <sup>b</sup>	–
La section « Guider » est facile à comprendre.	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	0,5	0,5	–
	% d'accord	95	100	–
J'utiliserais la section « Guider » dans l'exercice de mon travail.	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,81)	5,25 (1,07)	5,93 (0,70)
	Médiane	6,0	5,0	6,0
	É.I.	1	1,25	0,5
La section « Guider » facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement.	% d'accord	90	75	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,86)	6,4 (0,60) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser la section « Guider » auprès de ma clientèle actuelle.	É.I.	1	1	–
	% d'accord	95	100	–
	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,81)	5,8 (0,89)	5,67 (1,05)
Je me sentrais à l'aise d'utiliser la section « Guider » auprès de ma clientèle actuelle.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1,25	1,5
	% d'accord	95	95	87
La section « Guider » contient suffisamment d'information.	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,55)	5,7 (0,73)	6,2 (0,86) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1
La section « Guider » est un élément important à inclure pour moi-même ou d'autres prestataires.	% d'accord	100	95	93
	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (1,0)	5,55 (0,76)	6,33 (0,72) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
La section « Guider » est visuellement attrayante.	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,6 (0,68)	5,9 (0,79)	5,87 (0,83)
La section « Guider » est un élément important à inclure pour moi-même ou d'autres prestataires.	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1,25	1,5
	% d'accord	95	100	100
La section « Ajuster » est visuellement attrayante.	<i>M</i> (É.-T.)	5,55 (0,76)	5,85 (0,75)	6,13 (0,74) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	0,25	1
La section « Ajuster » est visuellement attrayante.	% d'accord	90	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,9 (0,79)	6,1 (0,72) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
La section « Ajuster » est visuellement attrayante.	É.I.	0,25	1	–
	% d'accord	95	100	–

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
La section « Ajuster » est facile à comprendre.	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,92)	5,85 (0,81)	6,27 (0,46) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0,5
J'utiliserais la section « Ajuster » dans l'exercice de mon travail.	% d'accord	90	95	100
	<i>M</i> (É.-T.)	6,2 (0,83)	6,1 (0,91) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
La section « Ajuster » facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement.	É.I.	1,25	1,25	–
	% d'accord	100	95	–
	<i>M</i> (É.-T.)	5,85 (0,99)	5,8 (0,83)	5,6 (0,83)
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser la section « Ajuster » auprès de ma clientèle actuelle.	Médiane	6,0	6,0	5,0
	É.I.	1,25	1	1
	% d'accord	95	95	100
Je me sentirais à l'aise d'utiliser la section « Ajuster » auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,77)	5,55 (1,00)	5,93 (0,70)
	Médiane	6,0	5,5	6,0
	É.I.	1	1	0,5
La section « Ajuster » contient suffisamment d'information.	% d'accord	100	85	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,85 (0,81)	5,85 (0,75)	6,4 (0,51) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
La section « Ajuster » est un élément important à inclure pour moi-même ou d'autres prestataires.	É.I.	0	1	1
	% d'accord	90	100	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,5 (0,76)	6,0 (0,79) <sup>b</sup>	–
Le guide d'utilisation est visuellement attrayant.	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	1	2	–
	% d'accord	90	100	–
Le guide d'utilisation est facile à comprendre.	<i>M</i> (É.-T.)	5,6 (0,68)	5,75 (0,97)	5,67 (0,82)
	Médiane	6,0	6,0	5,0
	É.I.	1	1,25	1
J'utiliserais le guide d'utilisation dans l'exercice de mon travail.	% d'accord	95	90	100
	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (1,1)	6,15 (0,67) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
Le guide d'utilisation facilitera l'utilisation de l'outil « Profitez au maximum de votre journée ».	É.I.	0,25	1	–
	% d'accord	95	100	–
	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,70)	6,1 (0,91) <sup>b</sup>	–
J'utiliserais le guide d'utilisation dans l'exercice de mon travail.	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	1	1,25	–
	% d'accord	100	95	–
Le guide d'utilisation facilitera l'utilisation de l'outil « Profitez au maximum de votre journée ».	<i>M</i> (É.-T.)	6,15 (0,88)	5,95 (0,76)	5,87 (1,25)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1,25	0,5
Le guide d'utilisation facilitera l'utilisation de l'outil « Profitez au maximum de votre journée ».	% d'accord	95	100	93
	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,81)	5,65 (0,99)	5,33 (1,11)
	Médiane	6,0	5,5	5,0
Le guide d'utilisation facilitera l'utilisation de l'outil « Profitez au maximum de votre journée ».	É.I.	1	1,25	1
	% d'accord	95	90	87

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser le guide d'utilisation auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,81)	6,0 (0,65) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	0,25	0	–
	% d'accord	85	90	–
Je me sentirais à l'aise d'utiliser le guide d'utilisation auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (0,79)	5,65 (1,09)	6,13 (0,74) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	5,5	6,0
	É.I.	1	2	1
	% d'accord	95	85	100
Le guide d'utilisation contient suffisamment d'information.	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,57)	5,9 (0,85)	6,53 (0,64) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	7,0
	É.I.	1	1,25	1
	% d'accord	100	95	100
Le guide d'utilisation est un élément important à inclure pour moi-même ou d'autres prestataires.	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,83)	5,75 (0,91)	5,8 (0,94)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	0,25	1,25	1,5
	% d'accord	90	95	93
<b>Document à distribuer</b>				
Le document à distribuer est visuellement attrayant.	<i>M</i> (É.-T.)	5,85 (1,1)	6,35 (0,59) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	0,5	1	–
	% d'accord	95	100	–
Le document à distribuer est facile à comprendre.	<i>M</i> (É.-T.)	5,6 (0,82)	5,75 (0,72)	6,13 (0,64) <sup>b</sup>
	Médiane	5,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	0,5
	% d'accord	95	100	100
Ma clientèle comprendrait facilement le document à distribuer.	<i>M</i> (É.-T.)	6,1 (0,91)	5,9 (0,97)	5,73 (0,80)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1,25	2	1
	% d'accord	95	95	100
J'utiliserais le document à distribuer dans l'exercice de mon travail.	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,86)	5,55 (0,83)	6,2 (0,68) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	95	90	100
Je crois que ma clientèle utiliserait le document à distribuer.	<i>M</i> (É.-T.)	5,4 (0,82)	5,7 (0,92)	6,2 (0,77) <sup>b</sup>
	Médiane	5,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1
	% d'accord	90	90	100
Le document à distribuer facilitera l'utilisation de l'outil « Profitez au maximum de votre journée ».	<i>M</i> (É.-T.)	5,7 (0,86)	5,9 (1,11)	6,27 (0,59) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1,25	1
	% d'accord	95	80	100
J'estime avoir les connaissances nécessaires pour utiliser le document à distribuer auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,95 (1,0)	5,8 (0,83)	6,13 (0,74) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	2	1	1
	% d'accord	90	95	100

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Résultats des sondages 1 à 3 de l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires**

Section de la trousse/élément du sondage	Valeur	Sondage 1	Sondage 2	Sondage 3
Je me sentirais à l'aise d'utiliser le document à distribuer auprès de ma clientèle actuelle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (1,0)	5,7 (0,80)	6,07 (0,80) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1	1,5
	% d'accord	80	95	100
Le document à distribuer contient suffisamment d'information.	<i>M</i> (É.-T.)	5,55 (1,0)	5,75 (0,91)	6,0 (0,65) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	1	1,25	0
	% d'accord	90	95	100
Le document à distribuer est un élément important à inclure pour que moi-même ou d'autres prestataires le remettions à notre clientèle.	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,77)	6,0 (0,73) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	1	0	–
	% d'accord	95	95	–
<b>Trousse dans son ensemble</b>				
La trousse a attiré mon attention.	<i>M</i> (É.-T.)	5,85 (0,93)	6,15 (0,59) <sup>b</sup>	–
	Médiane	6,0	6,0	–
	É.I.	0,25	0,25	–
	% d'accord	95	100	–
Il serait facile d'apprendre à utiliser la trousse et de s'en servir.	<i>M</i> (É.-T.)	5,75 (1,1)	5,25 (0,91)	6,07 (0,46) <sup>b</sup>
	Médiane	6,0	5,0	6,0
	É.I.	1,25	1	0
	% d'accord	85	80	100
La trousse cadrera bien dans ma façon de travailler.	<i>M</i> (É.-T.)	5,65 (0,67)	5,85 (0,75)	5,6 (0,74)
	Médiane	6,0	6,0	5,0
	É.I.	1	0,25	1
	% d'accord	100	95	100
Toutes les pages de la trousse ont un cheminement logique.	<i>M</i> (É.-T.)	5,8 (0,70)	5,85 (0,67)	5,87 (0,83)
	Médiane	6,0	6,0	6,0
	É.I.	0,25	1	0,5
	% d'accord	95	100	93

**Abréviations :** É.I., écart interquartile; *M*, cote moyenne; É.-T., écart-type.

<sup>a</sup> La section « Planifier » était nommée « Convenir » dans le sondage 1, mais a été renommée « Planifier » dans les révisions apportées avant le sondage 2.

<sup>b</sup> Ronde (sondage 1, 2 ou 3) au cours de laquelle un consensus a été atteint sur un élément.

le document à distribuer et la trousse dans son ensemble a attiré l'attention des prestataires de soins primaires. Par conséquent, ces 14 éléments ont été retirés du sondage 3.

Dans les commentaires qualitatifs, les participants ont indiqué que le préambule n'était pas facile à comprendre et ont suggéré de reformuler le sous-titre de l'outil, de mettre de l'ordre dans la section « Guider », d'améliorer l'attrait visuel de l'outil et du document à distribuer et de fournir plus d'instructions dans les sections « Planifier » et « Guider » (ex. : « Il pourrait être utile de préciser que 1 correspond à un

faible degré de confiance et 10 à un degré de confiance élevé » [P20, traduction]). Ainsi, la quantité de texte a encore été réduite, les images ont été simplifiées et agrandies, et le sous-titre de l'outil ainsi que les instructions pour choisir un comportement cible, fixer un objectif et utiliser la section « Ajuster » ont été modifiés.

Un consensus a été atteint sur 55 % (38/69) des éléments du sondage 3, avec cependant comme note moyenne la plus faible 5,33 sur 7 (à propos de : « Le guide d'utilisation facilitera l'utilisation de l'outil "Profitez au maximum de votre journée" »). Dans la mesure où aucun élément n'a fait

l'objet de commentaires de la part de plus d'un participant (< 10 % des participants), le consensus infraliminaire a été considéré comme atteint pour les autres éléments (45 %). Un consensus a donc été atteint sur les 38 éléments suivants : le préambule contenait suffisamment d'information et améliorerait la capacité d'utilisation de la trousse; l'attrait visuel du titre et des sections « Demander » et « Planifier »; la facilité d'utilisation de la section « Planifier » (pour les prestataires de soins primaires) et du document à distribuer (pour les prestataires de soins primaires et la clientèle adulte); le titre, les sections « Demander », « Conseiller » et « Planifier » et le document

à distribuer facilitent la discussion sur les comportements en matière de mouvement; les sections « Évaluer », « Conseiller » et « Ajuster » ainsi que le document à distribuer étaient faciles à comprendre; les prestataires de soins primaires auraient suffisamment de connaissances pour utiliser le titre, les sections « Demander », « Évaluer », « Conseiller », « Planifier » et « Guider », ainsi que le document à distribuer; les prestataires de soins primaires se sentiraient à l'aise d'utiliser les sections « Évaluer », « Conseiller » et « Ajuster », le guide d'utilisation et le document à distribuer; les sections « Évaluer », « Conseiller », « Planifier » et « Guider », le guide d'utilisation et le document à distribuer contenaient suffisamment d'information; il est important d'inclure les sections « Conseiller » et « Guider » etenfin il était facile d'apprendre à utiliser la trousse dans son ensemble et de s'en servir.

Dans les commentaires qualitatifs, les participants ont recommandé de reformuler le titre de la trousse; de restructurer le préambule; de souligner que l'utilisation du guide d'utilisation est facultative ou temporaire et enfin de rendre le document plus accessible (d'après des commentaires comme « Pour les patients peu scolarisés ou les patients qui ne parlent pas anglais ou pour qui l'anglais est une langue seconde, le document à distribuer pourrait être trop chargé ou créer de la confusion » [P19, traduction]). En réponse aux 12 commentaires qualitatifs fournis par les prestataires de soins primaires, la formulation du texte de la section « Ajuster » a été clarifiée et le préambule ainsi que le document à distribuer ont été restructurés pour en améliorer la lisibilité.

Le tableau 4 présente les résultats des analyses de concordance. Les résultats de ces analyses font état d'une absence de concordance dans le sondage 1 ( $W = 0,055$ ,

$\chi^2 [82, 20] = 90,64, p = 0,241$ ) et d'un degré de concordance significatif mais faible dans le sondage 2 ( $W = 0,099, \chi^2 [82, 20] = 162,50, p < 0,001$ ) et dans le sondage 3 ( $W = 0,177, \chi^2 [68, 15] = 180,60, p < 0,001$ ). Un faible degré de concordance n'indique pas nécessairement un faible degré d'accord ou une absence de consensus, mais plutôt une grande diversité de réponses de la part des participants. Cette concordance croissante quoique toujours faible donne à penser qu'une variabilité demeure dans les cotes individuelles des participants malgré leur accord croissant à chaque sondage.

Avant sa publication, la trousse a été traduite en français et des ajustements mineurs ont été apportés pour améliorer l'accessibilité, notamment en augmentant la taille de la police, en ajoutant du texte de remplacement aux images, en établissant un ordre de lecture logique pour l'utilisation à l'aide d'un lecteur d'écran et en vérifiant l'accessibilité au moyen d'Adobe Pro (Adobe Inc., San Jose, Californie, États-Unis). Le 21 septembre 2022, la trousse a été publiée sur le site Web de la SCPE sous forme de formulaire PDF à remplir et à télécharger gratuitement (<https://www.csepguidelines.ca/language/fr>; voir la figure 2 pour un exemple de page).

### Diffusion

Une semaine après sa publication, la trousse avait été téléchargée 493 fois et le site Web de la SCPE avait reçu 1 291 consultations de pages uniques (durée moyenne de consultation de la page = 4 min 39 s, soit 2 minutes de plus que les autres pages). Les liens vers la trousse ont été cliqués 875 fois sur l'ensemble des canaux de diffusion. Les publipostages électroniques ont été envoyés à 8373 destinataires et, dans l'ensemble des plateformes de médias sociaux, il y a eu 13498 impressions (nombre

de fois que le contenu DM24H a été affiché dans le fil de nouvelles d'un utilisateur, ce qui peut inclure plusieurs consultations par le même utilisateur), 405 visionnements de brèves sur Instagram et Facebook, 399 mentions « J'aime », 245 visionnements de vidéos, 72 partages, 40 gazouillis partagés et 15 commentaires. Lors du suivi à quatre mois (en janvier 2023), la trousse avait été téléchargée 1072 fois et il y avait eu 2900 consultations de pages uniques sur le site Web de la SCPE (durée moyenne de consultation de la page = 3 min 50 s). Au cours des quatre mois écoulés depuis sa publication, la trousse s'est classée au sixième rang des pages Web les plus consultées sur le site Web de directives de la SCPE, surpassée seulement par le nombre de visites aux pages de renvoi des directives pour la petite enfance, pour les enfants et les jeunes, pour les adultes de 18 à 64 ans et pour les adultes de 65 ans et plus.

### Analyse

Le but de cette étude d'établissement de consensus était d'obtenir, par la modification de certaines parties de la trousse en réponse aux suggestions des prestataires de soins primaires qui ont participé à cette étude, un consensus sur le caractère utile, acceptable et compréhensible (clair) de la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires. Cette ressource vise à promouvoir l'utilisation des DM24H canadiennes en milieu de soins primaires. Nos résultats révèlent un degré croissant de consensus parmi les prestataires de soins primaires après trois sondages électroniques par méthode Delphi modifiée. Le critère du pourcentage d'accord a été constamment respecté et le critère de la cote moyenne a été respecté 5 % du temps dans le sondage 1, 17 % du temps dans le sondage 2 et 55 % du temps dans le sondage 3, ce

TABLEAU 4

Associations entre les cotes des participants à l'étude d'établissement de consensus sur la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires

	W <sup>a</sup>	$\chi^2$	Degrés de liberté	Valeur de p
Sondage 1 <sup>b</sup>	0,055	90,64	82, 20	0,241
Sondage 2 <sup>b</sup>	0,099	162,50	82, 20	< 0,001**
Sondage 3 <sup>b</sup>	0,177	180,60	68, 15	< 0,001**

**Abréviations :** W, coefficient de concordance de Kendall;  $\chi^2$ , statistique khi carré.

<sup>a</sup> Valeurs pour la plage de W entre 0 et 1, 0 indiquant un désaccord complet et 1, un accord complet<sup>20</sup>. Une valeur entre 0 et 0,39 indique un faible degré d'accord, une valeur entre 0,40 et 0,74 indique un degré d'accord de passable à bon et une valeur entre 0,75 et 1 indique un excellent degré d'accord au-delà du hasard.

<sup>b</sup> Les résultats font état d'une absence de concordance non statistiquement significative dans le sondage 1 et de degrés de concordance significatifs mais faibles dans les sondages 2 et 3.

\*\* Statistiquement significatif à un niveau alpha de 0,01.

**FIGURE 2**  
Exemple de la page de l'outil de la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour prestataires de soins primaires

## PROFITEZ AU MAXIMUM DE VOTRE JOURNÉE



L'Outil pour discuter d'activité physique, de comportement sédentaire et de sommeil

**DEMANDER** Les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes recommandent « de bouger plus, d'être moins sédentaire et de bien dormir » chaque jour. Expliquez comment elles s'appliquent à la personne : « *Est-ce que ça vous va si on discute de votre journée typique? Cela pourrait vous aider à \_\_\_\_\_.* » (La personne n'est pas prête? **Arrêter ici**)

ÉVALUER	ACTIVITÉ PHYSIQUE	COMPORTEMENT SÉDENTAIRE	SOMMEIL
	« Combien d'activité physique faites-vous chaque jour? »	« Quand êtes-vous sédentaire? »	« Comment va votre sommeil? »

### Selon les Directives, un 24 heures sain comprend :

≥ 150 min/semaine d'activités physiques aérobies d'intensité moyenne à élevée	≤ 8 h/jour de sédentarité	De 7 à 9 h/jour de sommeil de bonne qualité de façon régulière
ET	CE QUI INCLUT :	
≥ 2 séances/semaine d'activités pour renforcer les muscles	≤ 3 h/jour de temps de loisir devant un écran	CE QUI INCLUT :
ET		
Plusieurs heures d'activités physiques d'intensité légère par jour	Une interruption aussi fréquente que possible des longues périodes en position assise	Des heures de coucher et de lever régulières

**Pour les adultes de 65 ans et plus :** Ajouter des activités qui font appel à l'équilibre et viser de 7 à 8 h/jour de sommeil de bonne qualité sur une base régulière

Moyenne à élevée \_\_\_\_\_ (min/semaine) Sédentarité \_\_\_\_\_ (h/jour) Sommeil \_\_\_\_\_ (h/jour)  
 Renforcement musculaire \_\_\_\_ (fois/semaine) Temps de loisir devant un écran \_\_\_\_ (h/jour) Heures de coucher et de lever régulières?  
 Activité légère \_\_\_\_\_ (h/jour) Interruption des périodes en position assise? Oui  Non

**CONSEILLER** Recommander le ou les comportements sur lesquels la personne pourrait travailler pour améliorer sa santé : « *Vous faites un excellent travail quant à \_\_\_\_\_.* Pour améliorer votre [santé/maladie chronique], je vous suggère \_\_\_\_\_ . »

**Demandez-lui sur quel(s) comportement(s) elle souhaite travailler, le cas échéant.**

Commencez par un :      Activité physique       Comportement sédentaire       Sommeil

**PLANIFIER** Convenez de ce que la personne fait déjà bien pour le ou les comportements choisis dans CONSEILLER. Fixez un ou des **objectifs SMART**, comme indiqué dans le DOCUMENT À DISTRIBUER.  
 « *Que pourriez-vous continuer à faire? Sur quels changements pourriez-vous travailler?* »

**GUIDER** Assurez-vous que chaque objectif est réalisable en évaluant la confiance sur une échelle de 1 (faible) à 10 (élevée). Suscitez le discours du changement : « *Pourquoi votre chiffre n'est-il pas plus faible?* » Évaluez les obstacles : « *Qu'est-ce qui pourrait faire augmenter votre chiffre?* »

**Utilisez ces astuces pour modifier l'objectif si le niveau de confiance est faible :**

#### SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Faites ce que vous aimez, lorsque vous avez le plus d'énergie
- Toutes les intensités et les minutes comptent

#### POUR ÊTRE MOINS SÉDENTAIRE

- Restez debout ou étirez-vous lorsque vous parlez au téléphone
- Utilisez une alarme pour vous rappeler de vous lever pendant le travail (p. ex. une fois par heure)

#### SUR L'HYGIÈNE DU SOMMEIL

- Évitez/réduisez la caféine après 14 h
- Évitez les écrans de 30 à 60 minutes avant le coucher
- Couchez-vous et levez-vous à la même heure chaque jour

**AJUSTER** Convenez d'un moment pour faire un suivi ensemble ou dirigez la personne vers un ou une spécialiste pour favoriser le changement de comportement.

qui signifie que c'est ce dernier critère qui est représentatif de l'atteinte du consensus. La baisse du nombre de commentaires qualitatifs, qui est passé de 26 commentaires dans le sondage 1 à 19 dans le sondage 2 et à 12 dans le sondage 3, fournit une autre illustration de l'évolution du consensus. Les commentaires qualitatifs reçus lors de chaque sondage ont orienté les révisions de la trousse et contribué à ce que les cotes quantitatives données par les participants soient interprétées correctement par le groupe de travail. Nous avons constaté un consensus infraliminaire sur les éléments restants (45 %) du sondage 3, ce qui indique que la majorité des éléments de la trousse ont été jugés acceptables par les utilisateurs visés. Les analyses de concordance ont néanmoins révélé une faible concordance, ce qui montre la persistance d'opinions différentes chez les participants même si ces opinions se sont orientées de plus en plus vers le consensus. Collectivement, ces résultats ont eu une influence sur nos efforts de diffusion de la trousse, puisque nous avons souligné la façon dont la trousse pouvait être utilisée différemment en fonction du rôle et des besoins spécifiques des prestataires de soins primaires ou du temps dont ils disposent.

Des études antérieures ont fait ressortir l'importance de chercher à comprendre les divergences et l'importance d'utiliser des méthodes mixtes dans les processus d'établissement de consensus. Dans un article récemment publié, Shrier<sup>26</sup> a fait valoir que l'interprétation à la fois du consensus et des divergences peut offrir une reconnaissance plus inclusive des opinions de tous les participants, car les études Delphi tendent à occulter involontairement les opinions divergentes. Dans cette étude, nous avons cherché à comprendre les divergences et nous avons constaté qu'elles étaient révélatrices de préférences diverses chez les participants, qui provenaient de neuf domaines différents. Les divergences peuvent aussi être le reflet d'une variété d'obstacles bien connus à la promotion des comportements en matière de mouvement dans les milieux de soins primaires, comme le manque de temps, les priorités concurrentes ou la formation limitée sur la promotion des comportements en matière de mouvement<sup>5,27</sup>. Par exemple, il se peut que les participants de cette étude ne soient pas parvenus à un consensus sur le point « La section "Guider" facilitera la discussion sur les comportements en matière de mouvement »

parce que le manque de temps pendant les visites cliniques empêche de donner des conseils sur les comportements en matière de mouvement, que la section « Guider » soit utilisable en elle-même ou non<sup>5</sup>. Par ailleurs, Monforte et ses collaborateurs<sup>28</sup> ont mentionné qu'il est possible que les méthodes Delphi ne recueillent pas suffisamment d'opinions de la part des participants et que des méthodes qualitatives soient nécessaires pour permettre une compréhension nuancée. Nous avons tenté d'ajouter des nuances en interprétant les commentaires qualitatifs fournis par les participants en parallèle de leurs notations quantitatives, ce qui a orienté les révisions de la trousse et contribué à expliquer pourquoi l'atteinte d'un consensus complet n'était sans doute pas possible.

Des outils ont déjà été créés et utilisés antérieurement pour aider les prestataires de soins primaires à promouvoir des lignes directrices en santé publique. Un exemple est l'outil « Prescription d'exercices et demande de consultation » offert par le Collège des médecins de famille du Canada pour promouvoir les directives canadiennes en matière d'activité physique de 2011<sup>29</sup>. Cependant, les processus d'établissement de consensus ont rarement été utilisés avant de mettre en œuvre des outils de promotion de la santé publique, ce qui a limité leur utilité et leur applicabilité dans la pratique. En effet, les discussions en soins primaires sur les comportements en matière de mouvement qui favorisent la santé sont peu fréquentes<sup>30,31</sup>. De plus, la plupart des outils actuels sur l'activité physique omettent les comportements sédentaires ou les englobent avec l'inactivité physique. Globalement, la promotion intégrée des comportements en matière de mouvement par les professionnels de la santé reste une occasion manquée d'améliorer la santé publique à grande échelle. L'utilisation de la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pourrait permettre de combler cette lacune, puisqu'il s'agit d'une ressource souple, utilisable et fondée sur des données probantes qui est susceptible de contribuer à la diffusion et à la mise en œuvre des DM24H canadiennes dans une grande variété de milieux de soins de santé.

Cette étude a plusieurs retombées pratiques et méthodologiques importantes. Concrètement, la trousse est une ressource que les prestataires de soins primaires peuvent utiliser pour promouvoir plus efficacement les nouvelles lignes directrices

canadiennes en matière de santé publique et harmoniser leurs pratiques de promotion de la santé et de prévention avec une approche neuve, sur 24 heures<sup>7</sup>.

Sur le plan méthodologique, cette étude fait progresser l'élaboration d'outils et de méthodes d'établissement de consensus, ce qui peut aider à la création d'outils futurs. Plus de 60 % des participants étaient au moins « plutôt d'accord » avec tous les éléments du sondage, ce qui signifie que ce critère n'a pas eu d'incidence sur le consensus. L'utilisation d'un seuil plus élevé (p. ex. 70 %) n'aurait pas changé le consensus. Le pourcentage d'accord le plus faible était de 75 %, pour lequel la cote moyenne infraliminaire était de 5,25 sur 7. Par conséquent, cet élément n'aurait pas fait consensus de toute façon sur la base de la cote moyenne. La combinaison d'un seuil de pourcentage d'accord plus élevé et d'une moyenne plus élevée (p. ex. 6 sur une échelle de 7 points) garantirait qu'une plus grande partie des participants sont « d'accord » et que les participants « en désaccord » passent à « ni d'accord ni en désaccord » (c.-à-d. qu'ils sont moins « fortement en désaccord »). Par conséquent, comme d'autres chercheurs, nous recommandons d'utiliser le seuil de 70 % dans les études ultérieures<sup>32</sup>.

### Points forts et limites

L'un des principaux points forts de cette étude est l'approche de coproduction que nous avons utilisée, qui nous a permis de tenir compte du point de vue de plusieurs décisionnaires et de nous assurer d'intégrer les préférences de divers prestataires de soins primaires<sup>12</sup>. L'utilisation d'une version modifiée du cadre de consultation DÉCOR pour orienter l'élaboration de la trousse<sup>8</sup> constitue un autre point fort de cette étude. Cette méthode, souvent utilisée par les prestataires de soins primaires, accroît l'utilité de la trousse en contexte pratique<sup>33</sup>.

En contrepartie, cette étude présente aussi des limites. Certaines professions susceptibles de s'exercer en soins primaires (p. ex. kinésiologie, physiothérapie) ont été exclues. Au Canada, il n'existe pas de mandat établi pour une intégration uniforme et généralisée des professionnels de l'exercice (p. ex. kinésologues, physiologistes cliniques de l'exercice) ou des physiothérapeutes en médecine familiale. Néanmoins, la prévention et la prise en charge des

maladies chroniques sont au cœur des professions de la physiologie de l'exercice et de la physiothérapie, autant dans les milieux de la santé publique que des soins de santé<sup>34,35</sup>. C'est pourquoi, dans la section « Ajuster » de l'outil, nous avons répertorié les professionnels de l'exercice vers lesquels les clients peuvent être dirigés pour un suivi des comportements en matière de mouvement. Depuis la conclusion de cette étude, nous avons également adapté la trousse pour les physiothérapeutes du Canada (<https://csepguidelines.ca/language/fr/la-trousse-profitez-au-maximum-de-votre-journee-pour-les-physiotherapeutes/>). En outre, bien que nous ayons tenté de recruter un échantillon national de prestataires de soins primaires, seuls des prestataires de soins primaires travaillant en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario ont répondu à l'invitation et ont été jugés admissibles à l'étude. L'échantillon comprenait également en grande partie des prestataires de soins primaires au service de collectivités urbaines et qui respectaient les recommandations des DM24H de faire 150 minutes ou plus d'activité physique modérée à vigoureuse par semaine. De fait, des obstacles dans les stratégies de recrutement passant par les médias sociaux ont été mentionnés, notamment les difficultés à obtenir un engagement et la nécessité que les réseaux sociaux existants soient diversifiés et fonctionnels<sup>21</sup>. Par conséquent, la petite taille de l'échantillon est peut-être attribuable au fait que nous avons utilisé les médias sociaux pour recruter des prestataires de soins primaires et à la courte période de recrutement. Parmi les limites dues à la petite taille de l'échantillon, on compte aussi un biais potentiel dans les résultats et une possibilité de généralisation réduite. Ainsi, il se peut que les résultats de cette étude ne rendent pas compte des préoccupations des prestataires de soins primaires qui font moins d'activité physique ou travaillent dans des collectivités rurales ou d'autres provinces ou territoires du Canada. Il est possible que ces prestataires de soins primaires adoptent des stratégies différentes pour discuter des DM24H.

Il faut souligner qu'il n'a pas été possible d'inclure tous les renseignements pertinents sur la promotion des comportements en matière de mouvement dans la trousse, car l'espace limité a empêché de présenter toute l'étendue des révisions (p. ex. la section « Ajuster » du guide d'utilisation devait être limitée à quatre lignes

pour que le guide ne fasse pas plus d'une page). Il a en outre été difficile d'équilibrer les différents points de vue : certains prestataires de soins primaires ont proposé de supprimer du contenu, tandis que d'autres voulaient plus d'information sur le même contenu. Enfin, nous n'avons pas évalué la mise en œuvre de la trousse ni son efficacité à accroître les connaissances, les compétences et la confiance des prestataires de soins primaires ou la fréquence des discussions au sujet des DM24H en soins primaires.

Des recherches futures pourraient explorer quelles caractéristiques influencent la mise en œuvre de la trousse, par la cartographie des obstacles que perçoivent les prestataires de soins primaires à l'utilisation de la trousse et des stratégies d'intervention sur les théories, les modèles et les cadres établis de changement de comportement (p. ex. modèle COM-B [capacité, possibilité, motivation de changement de comportement], roue du changement du comportement)<sup>36</sup>. Une analyse des dossiers, des questionnaires, des rencontres enregistrées et des méthodes d'accélérométrie pourraient être réalisés pour évaluer l'efficacité de la trousse à améliorer les connaissances, les attitudes, la confiance et les compétences des prestataires de soins primaires ainsi que la fréquence des discussions sur les DM24H et à entraîner des changements de comportement positifs chez la clientèle adulte de ces prestataires. L'évaluation de l'acceptabilité de la trousse devrait se poursuivre dans le but de cerner les adaptations qui pourraient se révéler nécessaires pour que son utilité se maintienne auprès des divers prestataires de soins primaires.

## Conclusion

Les DM24H sont de nouvelles lignes directrices en matière de santé publique au Canada qui expliquent comment les adultes peuvent optimiser leur activité physique, leur comportement sédentaire et leur sommeil pour « profiter au maximum de leur journée ». Les efforts stratégiques de mobilisation des connaissances impliquent la mise en œuvre des DM24H par les prestataires de soins primaires dans l'exercice de leur travail, mais des études de faisabilité et d'efficacité vont être nécessaires pour évaluer les répercussions de ces directives sur la santé publique. La trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires fournit une série de ressources qui, selon

un échantillon de prestataires de soins primaires du Canada, sont utilisables pour améliorer la santé de la population. Cette trousse s'appuie sur des données probantes et des principes de changement de comportement pour favoriser la promotion des comportements en matière de mouvement. L'ensemble de la trousse ou certaines de ses composantes seulement sont utilisables pour aider les prestataires de soins primaires à bonifier leurs services de promotion de la santé et améliorer la santé publique.

## Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier Dr Jean-Philippe Chaput, Dre Lora Giangregorio, Dr Ian Janssen, Dr Robert Ross et Dr Travis Saunders pour leurs commentaires sur la vérification de l'exactitude du contenu lié aux DM24H dans la version finale de la trousse « Profitez au maximum de votre journée » pour les prestataires de soins primaires, Sophia Pourmatin pour son aide à l'analyse et à la tabulation des données et Natara Ng Cheng Hin pour la mise à l'essai des sondages.

## Financement

Les travaux présentés ont été subventionnés par l'Agence de la santé publique du Canada (numéro de subvention : 1920-HQ-000004) et soutenus par la Société canadienne de physiologie de l'exercice. Les membres du groupe de travail n'ont reçu aucune rétribution financière pour leur participation à cette étude.

## Conflits d'intérêts

Taylor McFadden travaille pour l'Association médicale canadienne. Toutefois, les opinions et les conclusions exprimées sont celles des auteurs et non celles de l'Association médicale canadienne.

Il n'y a pas d'autre conflit d'intérêts à déclarer.

## Contributions des auteurs et avis

TLM : conception, méthodologie, validation, analyse formelle, enquête, organisation des données, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, conception graphique, gestion du projet

MSF : conception, conception graphique, supervision, méthodologie, relectures et révisions

RJ : conception, conception graphique, méthodologie, relectures et révisions

KNL : conception, méthodologie, relectures et révisions

KM : conception, méthodologie, relectures et révisions

TM : conception, conception graphique, relectures et révisions, ressources

JP : conception, conception graphique, méthodologie, relectures et révisions

JR : conception graphique, relectures et révisions

ZJW : conception graphique, relectures et révisions, ressources

JRT : conception, conception graphique, supervision, méthodologie, relectures et révisions, obtention du financement

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

## Références

1. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: a narrative review. *Prev Med Rep.* 2018; 12:284-293. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
2. Janssen I. Health care costs of physical inactivity in Canadian adults. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;806:803-806. <https://doi.org/10.1139/H2012-061>
3. Janssen I, Clarke AE, Carson V, Chaput JP, Giangregorio LM, Kho ME, et al. A systematic review of compositional data analysis studies examining associations between sleep, sedentary behaviour, and physical activity with health outcomes in adults. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2020;45(10): S248-S257. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0160>

4. Ross R, Chaput JP, Giangregorio LM, Janssen I, Saunders TJ, Kho ME, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18-64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2020;45:S57-S102. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>
5. Lion A, Vuillemin A, Thornton JS, Theisen D, Stranges S, Ward M. Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? *Health Promot Int.* 2019;34(4):877-886. <https://doi.org/10.1093/heapro/day038>
6. Tomasone JR, Janssen I, Saunders TJ, Duggan M, Jones R, Brouwers MC, et al. Répartition des comportements en matière de mouvement sur 24 heures : implications en termes de pratique, de politiques et de recherche. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2022; 42(4):193-198. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.4.05f>
7. Tremblay MS, Ross R. How should we move for health? The case for the 24-hour movement paradigm. *CMAJ.* 2020;192(49):E1728- E1729. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202345>
8. Morgan TL, Faught E, Ross-White A, Fortier MS, Duggan M, Jain R, et al. Tools to guide clinical discussions on physical activity, sedentary behaviour, and/or sleep for health promotion between primary care providers and adults accessing care: a scoping review. *BMC Prim Care.* 2023;24:140. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02091-9>
9. Morgan TL, Pletch J, Faught E, Fortier MS, Gazendam MK, Howse K, et al. Developing and testing the usability, acceptability, and future implementation of the Whole Day Matters Tool and User Guide for primary care providers using think-aloud, near-live, and interview procedures. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2023;23(1):57. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02147-x>
10. Morgan TL. Co-producing tools to support integrated primary care discussions and medical curriculum renewal: a mixed methods dissertation to guide

implementation of the 24-Hour Movement Guidelines for Adults [thèse de doctorat en ligne]. Kingston (Ont.) : Queen's University; 2023. En ligne à : <https://hdl.handle.net/1974/32011>

11. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
12. Nguyen T, Graham ID, Mrklas KJ, Bowen S, Cargo M, Estabrooks CA, et al. How does integrated knowledge translation (IKT) compare to other collaborative research approaches to generating and translating knowledge? Learning from experts in the field. *Health Res Policy Syst.* 2020;18(1):1-20. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0539-6>
13. Ryba TV, Wiltshire G, North J, Ronkainen NJ. Developing mixed methods research in sport and exercise psychology: potential contributions of a critical realist perspective. *Int J Sport Exerc Psychol.* 2022;20(1): 147-167. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2020.1827002>
14. Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: recommendations based on a methodological systematic review. *Palliat Med.* 2017;31(8):684-706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>
15. Hasson F, Keeney S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. *Technol Forecast Soc Change.* 2011; 78(9):1695-1704. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.04.005>
16. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Manage Sci.* 1963; 9(3):458-467. <https://doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458>
17. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One.* 2011;6(6): e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>

18. Castro FG, Kellison JG, Boyd SJ, Kopak A. A methodology for conducting integrative mixed methods. *J Mixed Methods Res.* 2010;4(4):342-360. <https://doi.org/10.1177/1558689810382916>
19. Birko S, Dove ES, Özdemir V. Evaluation of nine consensus indices in Delphi foresight research and their dependency on Delphi survey characteristics: a simulation study and debate on Delphi design and interpretation. *PLoS One.* 2015;10(8):e0135162. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135162>
20. Farsi D. Social media and health care, part I: literature review of social media use by health care providers. *J Med Internet Res.* 2021;23(4):e23205. <https://doi.org/10.2196/23205>
21. McRobert CJ, Hill JC, Smale T, Hay EM, Van Der Windt DA. A multi-modal recruitment strategy using social media and internet-mediated methods to recruit a multidisciplinary, international sample of clinicians to an online research study. *PLoS One.* 2018;13(7):e0200184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200184>
22. Shah S, McCann M, Yu C. Developing a national competency-based diabetes curriculum in undergraduate medical education: a Delphi study. *Can J Diabetes.* 2020;44(1):30-36.e2. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2019.04.019>
23. Nasa P, Bos LD, Estenssoro E, van Haren FM, Serpa Neto A, Rocco PR, et al. Consensus statements on the utility of defining ARDS and the utility of past and current definitions of ARDS—protocol for a Delphi study. *BMJ Open.* 2024;14(4):e082986. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082986>
24. Field AP. Kendall's Coefficient of Concordance. Dans : Everitt BS, Howell DC (dir.). *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science.* Chichester (UK) : John Wiley & Sons; 2005. p. 1010-1011.
25. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval.* 2007;12(10):1-8.
26. Shrier I. Consensus statements that fail to recognise dissent are flawed by design: a narrative review with 10 suggested improvements. *Br J Sports Med.* 2021;55(10):545-549. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102545>
27. Omura JD, Bellissimo MP, Watson KB, Loustalot F, Fulton JE, Carlson SA. Primary care providers' physical activity counseling and referral practices and barriers for cardiovascular disease prevention. *Prev Med.* 2018;108:115-122. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.030>
28. Monforte J, Davis C, Saleem S, Smith B. Moving on from the Delphi study: the development of a physical activity training programme prototype through co-produced qualitative research. *Qual Health Res.* 2022;32(13):1952-1964. <https://doi.org/10.1177/10497323221126535>
29. Frémont P, Fortier M, Frankovich RJ. L'outil Prescription d'exercices et demande de consultation pour faciliter les brefs conseils aux adultes en soins primaires. *Le Médecin de famille canadien.* 2014;60(12): e591-592.
30. Baillot A, Baillargeon JP, Pare A, Poder TG, Brown C, Langlois MF. Physical activity assessment and counseling in Quebec family medicine groups. *Can Fam Physician.* 2018;64(5):234-241.
31. O'Brien MW, Shields CA, Dunbar MJ, Crowell SJ, Fowles JR. Physical activity counselling and exercise prescription practices among dietitians across Nova Scotia. *Can J Diet Pract Res.* 2022;83(1):35-40. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2021-025>
32. Ma IW, Steinmetz P, Weerdenburg K, Woo MY, Olszynski P, Heslop CL, et al. The Canadian medical student ultrasound curriculum: a statement from the Canadian Ultrasound Consensus for Undergraduate Medical Education Group. *J Ultrasound Med.* 2020;39(7):1279-1287. <https://doi.org/10.1002/jum.15218>
33. Keeley R, Engel M, Reed A, Brody D, Burke BL. Toward an emerging role for motivational interviewing in primary care. *Curr Psychiatry Rep.* 2018;20(6):41. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0901-3>
34. Jattan A, Kvern B. Il faut des spécialistes de l'exercice dans nos équipes de soins de santé. *Le Médecin de famille canadien.* 2018;64(12):889-891.
35. Groupe consultatif national en physiothérapie. Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada (2017) [Internet]. GCNP; 2017: 1-23. En ligne à : <https://www.peac-aepe.ca/pdfs/FRENCH/Resources/Competency%20Profiles/Profil%20des%20competences%20pht%202017-202309.pdf>
36. Atkins L, Sallis A, Chadborn T, Shaw K, Schneider A, Hopkins S, et al. Reducing catheter-associated urinary tract infections: a systematic review of barriers and facilitators and strategic behavioural analysis of interventions. *Implement Sci.* 2020;15(1):1-22. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01001-2>

# Recherche quantitative originale

## Prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) au Canada pendant la pandémie de COVID-19 : résultats de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale

Murray Weeks, Ph. D. (1); Danielle Marion, M. Sc. (1); Anne-Marie Robert, M. Sc. (1); R. Nicholas Carleton, Ph. D. (2)

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

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

### Résumé

**Introduction.** Cette étude donne un aperçu descriptif de la prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) au Canada, en fonction des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des effets négatifs de la pandémie de COVID-19.

**Méthodologie.** Les données ont été obtenues à partir des cycles 1 et 2 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), recueillies à l'automne 2020 (N = 14 689) et au printemps 2021 (N = 8 032). La prévalence de l'ESPT a été mesurée à l'aide de la liste de contrôle de l'ESPT pour le DSM-5 (PCL-5). Les associations transversales ont été quantifiées à l'aide d'une régression logistique tenant compte des caractéristiques sociodémographiques.

**Résultats.** La prévalence globale de l'ESPT était de 6,9 %. Les facteurs associés à une prévalence accrue de l'ESPT étaient le genre féminin, un âge plus jeune, un revenu inférieur (uniquement chez les femmes), le fait de vivre en milieu urbain, le statut de travailleur de première ligne ou l'absence de travail au cours de la semaine écoulée (uniquement chez les hommes), une santé mentale passable ou mauvaise, un faible sentiment d'appartenance à la communauté, des symptômes d'un trouble d'anxiété généralisée ou d'un trouble dépressif majeur, des idées suicidaires, une forte consommation d'alcool, une consommation quotidienne de cannabis, une consommation accrue d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie, une diminution de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie (chez les hommes seulement), des préoccupations concernant la violence à la maison et des répercussions négatives associées à la pandémie.

**Conclusion.** La prévalence de l'ESPT au Canada varie considérablement selon les groupes sociodémographiques, et elle est plus fréquente chez les personnes présentant des indicateurs d'une faible santé mentale ou d'un faible état de bien-être, ainsi que chez les personnes qui ont été plus durement touchées par la pandémie de COVID-19. Il est important d'effectuer une surveillance continue et accrue de l'ESPT au Canada pour mieux comprendre et traiter le fardeau associé à cet état pathologique ainsi que les répercussions associées.

**Mots-clés :** état de stress post-traumatique, symptômes, PCL-5, santé mentale, ECSM, enquête



### Points saillants

- Selon les données transversales regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, la prévalence globale de l'ESPT au Canada était de 6,9 %.
- La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les plus jeunes, les femmes, les travailleurs de première ligne, les personnes à faible revenu (uniquement les femmes) et les personnes vivant en milieu urbain.
- La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les personnes dont la santé mentale était mauvaise ou passable ou s'était détériorée par rapport à la situation antérieure à la pandémie, dont le sentiment d'appartenance à la communauté locale était plus faible, qui présentaient des symptômes d'anxiété et de dépression, qui avaient des pensées suicidaires et qui consommaient beaucoup ou davantage d'alcool et de cannabis.
- Les personnes ayant exprimé des inquiétudes au sujet de la violence familiale, en particulier les femmes qui se sont identifiées comme victimes de ce type de violence, présentaient une prévalence accrue d'ESPT.
- La prévalence de l'ESPT augmentait en fonction du nombre d'effets négatifs signalés en lien avec la pandémie de COVID-19.

### Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département de psychologie, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada

**Correspondance :** Murray Weeks, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 343-553-7702; courriel : [murray.weeks@phac-aspc.gc.ca](mailto:murray.weeks@phac-aspc.gc.ca)

## Introduction

L'état de stress post-traumatique (ESPT) peut survenir après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique, par exemple un décès ou un danger de mort, une catastrophe naturelle ou une agression sexuelle. Au Canada, de nombreuses personnes ont vécu un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique<sup>1</sup>, mais la plupart d'entre elles ne connaîtront pas d'ESPT<sup>2</sup>. Les personnes présentant un ESPT revivent constamment l'événement traumatisant, évitent fréquemment tout ce qui leur rappelle l'événement en question et ont des pensées, des émotions et des comportements négatifs<sup>3</sup>. Pour qu'un diagnostic d'ESPT puisse être posé, il doit y avoir des symptômes qui, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition* (DSM-5), provoquent « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants »<sup>3</sup>.

L'ESPT est associé à des fardeaux considérables, notamment une qualité de vie inférieure<sup>4</sup>, une déficience fonctionnelle plus importante<sup>5</sup> ainsi qu'une prévalence accrue de troubles mentaux concomitants<sup>6</sup> et de troubles liés à la consommation d'alcool et de substances<sup>1</sup>. Le fardeau économique de l'ESPT demeure difficile à déterminer, mais les troubles de la santé mentale sont associés à des milliards de dollars en perte de productivité et en dépenses de soins de santé chaque année au Canada<sup>7</sup>.

Les facteurs de risque de l'ESPT peuvent être classés en facteurs pré-exposition (p. ex. antécédents de troubles mentaux), en facteurs péri-exposition (p. ex. dissociation péri-traumatique) et en facteurs post-exposition (p. ex. faible soutien social)<sup>8,9</sup>. Sur le plan sociodémographique, l'ESPT est environ deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes<sup>1</sup>, moins fréquent chez les personnes plus âgées<sup>10</sup> et plus fréquent chez les militaires<sup>5</sup> et anciens combattants<sup>11</sup>, chez les premiers répondants et autres membres du personnel de sécurité publique (p. ex. travailleurs des services correctionnels, pompiers, ambulanciers, policiers)<sup>12</sup> et chez les infirmières<sup>13</sup>, entre autres.

### Prévalence de l'ESPT au Canada

La surveillance continue de la prévalence de l'ESPT est importante pour la compréhension

du fardeau global qui lui est associé et pour l'observation des tendances. Le meilleur moyen d'y parvenir est de réaliser des estimations à partir de grands échantillons représentatifs à l'échelle nationale. Une revue systématique réalisée en 2018 a révélé que les estimations de la prévalence de l'ESPT au Canada sont en grande partie périmées et fondées sur des données insuffisantes (p. ex. des échantillons non représentatifs ou de petite taille) et qu'elles varient considérablement quant à la population à l'étude (p. ex. population générale ou contexte clinique), à la méthode d'évaluation de l'ESPT (évaluation clinique, outil de dépistage, diagnostic autodéclaré) et à la durée (p. ex. au cours de la vie, de l'année écoulée ou du mois écoulé)<sup>14</sup>. Selon une enquête récente menée à l'échelle nationale, la prévalence de l'ESPT, déterminée d'après l'autodéclaration d'un diagnostic posé par un professionnel de santé, était de 3,4 % en 2022 (analyse interne réalisée par l'Agence de la santé publique du Canada à partir des données de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins de 2022). Il convient toutefois de mentionner que cette statistique ne concerne que les personnes traitées qui ont accepté de divulguer leur diagnostic.

En 2020, l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM)<sup>15</sup> a été lancée pour étudier la santé mentale et le bien-être de la population canadienne dans le contexte de la pandémie. Les premières conclusions tirées à partir de l'utilisation d'un outil de dépistage (permettant d'identifier les personnes diagnostiquées et non diagnostiquées) indiquaient que la prévalence de symptômes modérés à sévères d'un ESPT était de 6,3 % en 2020 et de 7,5 % en 2021<sup>16</sup>.

La surveillance de l'ESPT est également importante pour l'évaluation des répercussions potentielles de la pandémie de COVID-19. Des travaux de recherche menés en Chine ont fait état d'une forte prévalence de l'ESPT pendant le premier mois de la pandémie, en particulier chez les personnes les plus touchées<sup>17</sup>, dont une étude indiquant qu'un ESPT a été diagnostiqué dans l'année suivant l'infection chez plus du quart des patients atteints de la COVID-19<sup>18</sup>. Dans une autre étude, les chercheurs ont pu trouver des facteurs de risque (p. ex. une instabilité économique) et des facteurs de protection (p. ex. une intervention rapide du gouvernement) liés aux symptômes d'un ESPT pendant la pandémie<sup>19</sup>. Enfin, une vaste enquête menée

auprès de la population aux États-Unis a révélé que 26,3 % des adultes présentaient des symptômes d'un trouble lié à un traumatisme ou à un facteur de stress (dont l'ESPT) en lien avec la pandémie<sup>20</sup>.

Dans cette étude, nous utilisons les données des cycles 1 et 2 de l'ECSM (automne 2020 et printemps 2021) pour fournir une description plus détaillée de la prévalence de l'ESPT au Canada, en la stratifiant selon le genre, selon diverses caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques liées à la santé mentale et selon divers effets négatifs associés à la pandémie de COVID-19. Notre étude a également été conçue pour quantifier les relations entre ces variables de stratification et l'ESPT tout en tenant compte des potentiels facteurs de confusion sociodémographiques.

## Méthodologie

### Sources des données

Les données de l'ECSM ont été recueillies à l'automne 2020 (du 11 septembre au 4 décembre 2020) et au printemps 2021 (du 1<sup>er</sup> février au 7 mai 2021)<sup>15</sup> auprès de personnes de 18 ans ou plus vivant dans l'une des dix provinces ou des trois capitales territoriales du Canada, mais qui ne vivaient pas en établissement, dans une réserve ou dans un logement collectif, inactif, vacant ou exclu de la desserte postale. L'ECSM a été menée selon un plan d'échantillonnage à deux degrés, le premier étant le logement, et le second, la personne y vivant. On a utilisé une stratification par province avec échantillonnage aléatoire des logements situés dans chaque province et dans chacune des trois capitales territoriales. Les réponses à l'enquête ont été fournies volontairement, par l'intermédiaire d'un questionnaire électronique ou dans le cadre d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur, et les personnes interrogées ont été informées que leurs réponses demeureraient strictement confidentielles. Le taux de réponse à l'enquête a été de 53,3 % (n = 14 689) à l'automne 2020 et de 49,3 % (n = 8 032) au printemps 2021. L'échantillon total pour les deux périodes de collecte (n = 18 093) est constitué des répondants ayant accepté de partager leurs réponses avec l'Agence de la santé publique du Canada.

### Mesures

#### Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques sont le genre, le groupe d'âge, le tertile de

revenu total du ménage, le niveau de scolarité le plus élevé ayant été atteint, le milieu de résidence (urbain ou rural), le statut vis-à-vis de l'immigration, l'appartenance ou non à un groupe racisé et la profession (travail de première ligne, travail essentiel, autre travail).

Les immigrants sont les immigrants reçus ainsi que les résidents non permanents et les non-immigrants sont les personnes nées au Canada. Les personnes racisées sont les personnes ne s'identifiant pas comme blanches ou autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits).

Les groupes professionnels concernent les personnes de 75 ans ou moins ayant travaillé dans le cadre d'un emploi ou dans une entreprise au cours de la semaine écoulée. Les travailleurs de première ligne ont été définis comme les personnes « susceptible[s] d'être en contact direct avec la COVID-19 en aidant ceux qui ont reçu un diagnostic d'infection par le virus »<sup>15</sup>, notamment « policiers, pompiers, ambulanciers, personnel infirmier ou médecins »<sup>15</sup>. Les travailleurs essentiels ont été définis comme les personnes travaillant « dans un service, une installation ou un secteur d'activité nécessaire pour préserver la vie, la santé, la sécurité publique et les fonctions sociétales de base des Canadiens »<sup>15</sup>, notamment « des employés travaillant dans les transports (transport en commun, stations-service, etc.), les institutions financières, les soins de santé ou comme premiers intervenants (policiers, pompiers, ambulanciers, etc.), les pharmacies, les garderies, l'alimentation (épiceries, camionneurs, etc.) »<sup>15</sup>. Étant donné que les travailleurs de première ligne forment un sous-ensemble des travailleurs essentiels, nous les avons exclus de la catégorie des travailleurs essentiels afin qu'il soit possible de faire des comparaisons.

### ESPT

Les cas positifs d'ESPT ont été déterminés à l'aide de la liste de contrôle en 20 points de l'ESPT pour le DSM-5, soit la PCL-5<sup>21</sup>. Plutôt que d'utiliser la liste complète des événements de la vie pour le DSM-5 (LEC-5)<sup>22</sup>, il a été décidé de poser la question suivante aux répondants : « Avez-vous déjà vécu un événement très stressant ou traumatisant au cours de votre vie? » Les personnes interrogées devaient ensuite répondre à la question suivante : « En gardant à l'esprit votre pire événement, au cours du mois dernier, dans quelle mesure

avez-vous été affecté par les problèmes suivants? » Les répondants ont évalué leurs symptômes pour chaque élément de la PCL-5 sur une échelle de 5 points (0 = pas du tout; 1 = un peu; 2 = moyennement; 3 = souvent; 4 = extrêmement). Le score total de la PCL-5 est la somme des scores associés à chacun des éléments. Un cas a été jugé positif à l'égard de l'ESPT lorsque le score total dépassait le seuil de 32 sur 80<sup>21</sup>.

Un dépistage plus nuancé a également été effectué, lequel combinait ce seuil avec une autre méthode recommandée selon laquelle chaque critère du DSM-5 est associé aux scores des sous-échelles de la PCL-5<sup>21</sup>. Cet algorithme de dépistage nuancé a produit des estimations globalement plus faibles, mais avec un profil de résultats très similaire (consultable en ligne à la page : <https://osf.io/> [en anglais seulement]), ce qui fait que les scores totaux supérieurs à 32 à la PCL-5 ont été inclus. Bien qu'alignée sur les critères diagnostiques du DSM-5, la PCL-5 ne remplace pas l'évaluation clinique approfondie qui est nécessaire pour poser un diagnostic. Par souci de simplicité, nous utilisons dans notre étude le terme « prévalence de l'ESPT » même s'il s'agit des cas positifs déterminés d'après la PCL-5.

### Variables liées à la santé mentale

Les répondants devaient répondre aux questions suivantes au sujet de leur santé mentale : 1) « En général, comment décririez-vous votre santé mentale? », les réponses étant dichotomisées entre « mauvaise/passable » et « bonne/très bonne/excellente »<sup>23</sup> et 2) « Comparativement à avant la pandémie de COVID-19, comment évaluez-vous votre santé mentale maintenant? », les réponses (« bien meilleure maintenant », « un peu meilleure maintenant », « à peu près la même », « un peu moins bonne maintenant » ou « bien moins bonne maintenant ») étant dichotomisées entre « la même ou meilleure » et « moins bonne »<sup>24</sup>.

La question suivante a également été posée aux répondants : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? », les réponses étant dichotomisées entre « très fort/plutôt fort » et « plutôt faible/très faible »<sup>25</sup>.

Les symptômes du trouble d'anxiété généralisée ont été mesurés à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé

(GAD-7)<sup>26</sup> et ceux du trouble de dépression majeure à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)<sup>27</sup>, les scores supérieurs à 9 indiquant un cas positif de l'un ou l'autre de ces troubles. Les personnes interrogées devaient également répondre aux deux questions suivantes : « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider? » et « Avez-vous sérieusement envisagé de vous suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19? » Les réponses à ces questions ont permis d'établir une variable à trois niveaux, soit « antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas durant la pandémie de COVID-19 », « idées suicidaires durant la pandémie de COVID-19 » et « pas d'antécédents d'idées suicidaires ».

La consommation excessive d'alcool a été évaluée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations et les hommes plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé<sup>28</sup>. Les répondants ont également été interrogés sur la fréquence de leur consommation de cannabis au cours du mois écoulé. On leur a demandé de quelle manière leur consommation d'alcool et de cannabis avait changé au cours de la pandémie de COVID-19 par rapport à la période précédant la pandémie, les réponses possibles étant « augmentation », « diminution » et « aucun changement ».

On a aussi posé la question suivante aux répondants : « Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par la violence au sein de votre ménage? » Les personnes ayant déclaré un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence. Les réponses non mutuellement exclusives (« vous-même », « un autre adulte ou d'autres adultes » et « un enfant ou des enfants ») ont été classées en trois groupes : « le répondant lui-même », « un autre membre du ménage » et « aucune préoccupation ».

### Répercussions de la COVID-19

La question suivante a été posée aux répondants : « Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19? » Les réponses possibles étaient les suivantes : « perte d'emploi ou de revenu », « difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels », « perte

d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue » (c.-à-d. d'un proche), « sentiments de solitude ou d'isolement », « détresse émotionnelle », « problèmes de santé physique », « difficultés dans les relations personnelles » et « autre ». Nous avons classé le nombre total de répercussions déclarées en « 2 ou moins », « 3 ou 4 » et « 5 ou plus ».

### Analyses statistiques

Les estimations de la prévalence de l'ESPT ont été calculées pour l'ensemble de l'échantillon et ont été stratifiées en fonction du genre pour toutes les variables de l'étude. Des analyses de régression logistique ont permis d'estimer les associations entre les probabilités d'ESPT et ces variables. Les répondants ayant indiqué un genre autre que « masculin » ou « féminin » (c.-à-d. faisant partie de la diversité de genre) n'ont pas été inclus dans les analyses stratifiées en fonction du genre étant donné leur faible nombre. En raison de la méthodologie presque identique des deux périodes de collecte des données et de leur proximité temporelle relative, les données ont été regroupées afin de maximiser la taille de l'échantillon pour les analyses<sup>29</sup>. Toutefois, des analyses distinctes ont également été effectuées pour chaque période de collecte afin de permettre des comparaisons.

Les régressions logistiques ont été ajustées en fonction des variables sociodémographiques énumérées dans la section « Mesures » et en fonction de la période de collecte des données (automne 2020 ou printemps 2021). Les proportions et les rapports de cotes ajustés (RCa) ont été pondérés à l'aide des poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada afin que les résultats soient représentatifs de la population canadienne, et qu'ils tiennent compte des cas de non-réponse. Pour tenir compte des effets du plan d'enquête complexe de l'ECSM, nous avons estimé des intervalles de confiance (IC) à 95 % en utilisant des poids *bootstrap* pour les proportions et les RCa. Les RCa statistiquement significatifs sont ceux pour lesquels les IC à 95 % non arrondis n'incluent pas la valeur 1. Les poids utilisés pour l'enquête et les poids *bootstrap* ont été divisés par deux pour les analyses groupées<sup>29</sup>. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 9.4 de SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

## Résultats

Par rapport à l'automne 2020, l'échantillon du printemps 2021 comportait une proportion plus faible de personnes de 25 à 34 ans, une proportion plus élevée de personnes de 35 à 49 ans, une proportion plus élevée de travailleurs essentiels et une proportion plus faible d'autres travailleurs (tableau 1). Au printemps 2021, une proportion plus élevée de répondants a déclaré avoir une santé mentale passable/mauvaise, une moins bonne santé mentale depuis le début de la pandémie, un sentiment d'appartenance à la communauté locale plutôt faible ou très faible, des symptômes modérés à graves de trouble de dépression majeure, des idées suicidaires pendant la pandémie et une diminution de la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie, tandis qu'une plus faible proportion de répondants a déclaré consommer de l'alcool de façon excessive à une fréquence inférieure à quotidienne. Par ailleurs, une proportion plus élevée de répondants au printemps 2021 a déclaré avoir été affectée par la pandémie, en ayant par exemple perdu un proche, éprouvé un sentiment de solitude ou d'isolement, éprouvé un sentiment de détresse émotionnelle, subi des problèmes de santé physique ou vécu des difficultés sur le plan interpersonnel.

La prévalence de l'ESPT est de 6,9 % dans l'ensemble de l'échantillon (tableau 2). Elle s'est révélée plus élevée (mais pas de manière statistiquement significative) au printemps 2021 (7,5 %) qu'à l'automne 2020 (6,3 %) et plus élevée chez les femmes que chez les hommes (RCa = 1,8) et chez les personnes de 18 à 64 ans que chez celles de 65 ans ou plus (plage du RCa : 3,5 à 6,2). Chez les femmes uniquement, la prévalence s'est révélée particulièrement élevée chez les 18 à 24 ans (19,9 %).

La prévalence était plus élevée chez les personnes appartenant au tertile inférieur que chez celles appartenant au tertile supérieur du revenu du ménage (RCa = 1,9) et chez les personnes vivant en milieu urbain (RCa = 1,3). Chez les hommes, la prévalence était plus élevée chez les travailleurs de première ligne (RCa = 3,9) et chez les hommes de 75 ans ou moins n'ayant pas travaillé au cours de la semaine écoulée (RCa = 2,6) que chez les autres travailleurs.

La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les personnes dont la santé mentale était passable ou mauvaise (RCa = 9,6), dont la santé mentale était moins bonne qu'avant la pandémie (RCa = 6,5), dont le sentiment d'appartenance à la communauté locale était plus faible (RCa = 3,6), qui présentaient un trouble d'anxiété généralisée (RCa = 18,9) ou un trouble de dépression majeure (RCa = 22,4), qui ont eu des idées suicidaires avant (RCa = 4,1) et pendant (RCa = 12,1) la pandémie, qui ont consommé de l'alcool de façon excessive quotidiennement ou presque quotidiennement (RCa = 3,5) ou moins que quotidiennement (RCa = 1,6), qui ont consommé du cannabis quotidiennement (RCa = 3,1) ou moins que quotidiennement (RCa = 2,4), qui ont augmenté leur consommation d'alcool (RCa = 2,4) ou diminué leur consommation d'alcool (RCa = 1,5) depuis le début de la pandémie, qui ont augmenté leur consommation de cannabis (RCa = 3,6) ou diminué leur consommation de cannabis (RCa = 2,8) depuis le début de la pandémie, et qui ont déclaré être préoccupées par la violence à la maison lorsqu'elles en étaient la cible (RCa = 5,3) ou lorsqu'un autre membre du ménage en était la cible (RCa = 2,5). Le fait de s'identifier comme cible de violence a été associé à une prévalence particulièrement élevée d'ESPT (RCa = 7,4) chez les femmes.

La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les personnes ayant subi des répercussions en lien avec la pandémie de COVID-19 (plage du RCa : 2,1 [perte d'emploi ou de revenu] à 8,7 [détresse émotionnelle]). La prévalence était également plus élevée chez les personnes ayant déclaré avoir subi trois ou quatre répercussions (RCa = 7,1) ou cinq répercussions ou plus (RCa = 21,3) que chez celles ayant déclaré avoir subi deux répercussions ou moins.

Les tableaux 3 et 4 présentent la prévalence de l'ESPT pour les deux périodes de collecte. Chez les personnes ayant subi une perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie, la prévalence de l'ESPT était plus élevée au printemps 2021 (15,2 %) qu'à l'automne 2020 (9,3 %). En ce qui concerne les associations entre les variables de l'étude et l'ESPT, il n'y avait aucune différence quant aux RCa entre les périodes de collecte.

### Analyse

Cette étude a été conçue pour fournir des estimations de la prévalence de l'ESPT au

**TABEAU 1**  
**Caractéristiques de l'échantillon pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de la période de collecte des données**

Variable de l'étude	Ensemble de l'échantillon		Automne 2020		Printemps 2021	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
<b>Variables sociodémographiques</b>						
<b>Genre</b>						
Masculin	49,3	(49,1 à 49,6)	49,3	(49,0 à 49,6)	49,4	(49,0 à 49,7)
Féminin	50,7	(50,4 à 50,9)	50,7	(50,4 à 51,0)	50,6	(50,3 à 51,0)
<b>Groupe d'âge (ans)</b>						
18 à 24	9,4	(8,5 à 10,2)	9,7	(8,7 à 10,6)	9,1	(7,7 à 10,4)
25 à 34	17,3	(16,5 à 18,2)	18,8	(17,8 à 19,7)	15,9	(14,6 à 17,3)
35 à 49	25,9	(25,1 à 26,8)	24,4	(23,9 à 24,9)	27,5	(25,8 à 29,1)
50 à 64	25,5	(25,0 à 26,0)	25,2	(24,7 à 25,8)	25,8	(25,0 à 26,6)
65 et plus	21,9	(21,7 à 22,0)	22,0	(21,8 à 22,2)	21,8	(21,5 à 22,1)
<b>Revenu du ménage</b>						
Tiers inférieur	31,4	(30,4 à 32,4)	31,0	(29,8 à 32,1)	31,8	(30,2 à 33,4)
Tiers moyen	27,9	(26,8 à 28,9)	28,5	(27,3 à 29,7)	27,2	(25,5 à 28,9)
Tiers supérieur	30,1	(29,0 à 31,2)	29,7	(28,4 à 30,9)	30,5	(28,9 à 32,2)
Aucun revenu déclaré	10,7	(9,9 à 11,5)	10,8	(9,9 à 11,8)	10,5	(9,2 à 11,8)
<b>Plus haut niveau de scolarité atteint</b>						
Diplôme d'études secondaires ou moins	30,1	(29,0 à 31,2)	31,2	(30,0 à 32,5)	29,0	(27,3 à 30,7)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	33,6	(32,5 à 34,7)	32,8	(31,6 à 34,1)	34,3	(32,5 à 36,2)
Baccalauréat ou plus	36,3	(35,2 à 37,4)	35,9	(34,6 à 37,2)	36,7	(34,9 à 38,4)
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain <sup>a</sup>	82,3	(81,6 à 83,0)	82,3	(81,5 à 83,1)	82,2	(81,0 à 83,5)
Rural	17,7	(17,0 à 18,4)	17,7	(16,9 à 18,5)	17,8	(16,5 à 19,0)
<b>Statut vis-à-vis de l'immigration</b>						
Immigrant	27,3	(26,3 à 28,4)	27,2	(26,0 à 28,4)	27,4	(25,7 à 29,1)
Non-immigrant	72,7	(71,6 à 73,7)	72,8	(71,6 à 74,0)	72,6	(70,9 à 74,3)
<b>Appartenance à un groupe racisé</b>						
Personne racisée <sup>b</sup>	23,9	(22,9 à 24,9)	24,4	(23,3 à 25,6)	23,4	(21,8 à 25,0)
Personne non racisée	76,1	(75,1 à 77,1)	75,6	(74,4 à 76,7)	76,6	(75,0 à 78,2)
<b>Groupe professionnel</b>						
Travail de première ligne <sup>c</sup>	6,1	(5,6 à 6,6)	6,4	(5,8 à 7,1)	5,8	(5,0 à 6,6)
Travail essentiel <sup>d</sup>	23,2	(22,1 à 24,2)	20,9	(19,8 à 22,1)	25,4	(23,7 à 27,1)
Autre travail	29,5	(28,4 à 30,5)	31,2	(30,0 à 32,4)	27,7	(26,0 à 29,4)
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	34,2	(33,0 à 35,3)	34,5	(33,3 à 35,8)	33,8	(32,0 à 35,5)
Personne de 76 ans et plus <sup>e</sup>	7,1	(6,7 à 7,5)	6,9	(6,4 à 7,4)	7,3	(6,6 à 8,0)
<b>Variables liées à la santé mentale</b>						
<b>Santé mentale générale</b>						
Passable ou mauvaise	15,3	(14,5 à 16,2)	13,0	(12,1 à 13,9)	17,7	(16,2 à 19,1)
Bonne, très bonne ou excellente	84,7	(83,8 à 85,5)	87,0	(86,1 à 87,9)	82,3	(80,9 à 83,8)

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Caractéristiques de l'échantillon pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de la période de collecte des données**

Variable de l'étude	Ensemble de l'échantillon		Automne 2020		Printemps 2021	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
<b>Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19</b>						
Moins bonne	37,4	(36,2 à 38,5)	33,1	(31,7 à 34,5)	41,7	(39,8 à 43,5)
La même ou meilleure	62,6	(61,5 à 63,8)	66,9	(65,5 à 68,3)	58,3	(56,5 à 60,2)
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté locale</b>						
Plutôt faible ou très faible	39,3	(38,1 à 40,4)	36,2	(34,9 à 37,5)	42,4	(40,6 à 44,2)
Plutôt fort ou très fort	60,7	(59,6 à 61,9)	63,8	(62,5 à 65,1)	57,6	(55,8 à 59,4)
<b>Cas positif de trouble d'anxiété généralisée<sup>f</sup></b>						
Oui	13,9	(13,0 à 14,7)	12,9	(11,9 à 13,8)	14,9	(13,5 à 16,3)
Non	86,1	(85,3 à 87,0)	87,1	(86,2 à 88,1)	85,1	(83,7 à 86,5)
<b>Cas positif de trouble de dépression majeure<sup>g</sup></b>						
Oui	16,7	(15,8 à 17,6)	14,9	(13,8 à 15,9)	18,5	(17,0 à 20,1)
Non	83,3	(82,4 à 84,2)	85,1	(84,1 à 86,2)	81,5	(79,9 à 83,0)
<b>Idées suicidaires</b>						
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	3,3	(2,8 à 3,7)	2,4	(2,0 à 2,8)	4,2	(3,4 à 5,0)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	9,4	(8,8 à 10,1)	9,6	(8,8 à 10,4)	9,3	(8,2 à 10,3)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	87,3	(86,5 à 88,1)	88,0	(87,1 à 88,9)	86,6	(85,3 à 87,9)
<b>Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé<sup>h</sup></b>						
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	1,9	(1,6 à 2,2)	1,6	(1,3 à 1,9)	2,1	(1,6 à 2,7)
Oui, moins d'une fois par jour	25,5	(24,5 à 26,5)	27,1	(25,9 à 28,3)	23,9	(22,3 à 25,5)
Non	72,6	(71,6 à 73,7)	71,3	(70,1 à 72,6)	74,0	(72,3 à 75,6)
<b>Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19</b>						
Augmentation	16,0	(15,2 à 16,8)	15,6	(14,7 à 16,6)	16,4	(15,1 à 17,8)
Diminution	12,1	(11,2 à 12,9)	10,0	(9,1 à 10,8)	14,2	(12,7 à 15,6)
Aucun changement	71,9	(70,9 à 73,0)	74,4	(73,2 à 75,6)	69,4	(67,7 à 71,2)
<b>Consommation de cannabis au cours du mois écoulé</b>						
Oui, tous les jours	5,1	(4,6 à 5,7)	4,8	(4,2 à 5,3)	5,5	(4,6 à 6,4)
Oui, moins d'une fois par jour	10,8	(10,0 à 11,6)	10,9	(10,0 à 11,8)	10,7	(9,5 à 11,9)
Non	84,1	(83,2 à 85,0)	84,4	(83,4 à 85,3)	83,8	(82,3 à 85,3)
<b>Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19</b>						
Augmentation	6,0	(5,4 à 6,5)	5,4	(4,7 à 6,1)	6,5	(5,5 à 7,5)
Diminution	2,6	(2,2 à 3,0)	1,8	(1,4 à 2,1)	3,4	(2,6 à 4,2)
Aucun changement	91,4	(90,7 à 92,2)	92,8	(92,1 à 93,6)	90,1	(88,8 à 91,3)
<b>Préoccupations concernant la violence à la maison<sup>i</sup></b>						
Répondant s'étant identifié comme cible	2,1	(1,7 à 2,5)	1,7	(1,3 à 2,1)	2,5	(1,8 à 3,1)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	2,1	(1,7 à 2,5)	2,1	(1,7 à 2,6)	2,1	(1,5 à 2,7)
Aucune préoccupation	95,8	(95,3 à 96,3)	96,2	(95,6 à 96,8)	95,4	(94,6 à 96,3)

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Caractéristiques de l'échantillon pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de la période de collecte des données**

Variable de l'étude	Ensemble de l'échantillon		Automne 2020		Printemps 2021	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
<b>Répercussions de la COVID-19</b>						
<b>Perte d'emploi ou de revenu</b>						
Oui	25,1	(24,0 à 26,1)	25,3	(24,1 à 26,6)	24,8	(23,1 à 26,4)
Non	74,9	(73,9 à 76,0)	74,7	(73,4 à 75,9)	75,2	(73,6 à 76,9)
<b>Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels</b>						
Oui	15,5	(14,7 à 16,4)	15,5	(14,5 à 16,5)	15,6	(14,2 à 17,0)
Non	84,5	(83,6 à 85,3)	84,5	(83,5 à 85,5)	84,4	(83,0 à 85,8)
<b>Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue</b>						
Oui	8,5	(7,8 à 9,2)	6,1	(5,5 à 6,8)	10,8	(9,7 à 12,0)
Non	91,5	(90,8 à 92,2)	93,9	(93,2 à 94,5)	89,2	(88,0 à 90,3)
<b>Sentiments de solitude ou d'isolement</b>						
Oui	42,9	(41,8 à 44,1)	38,7	(37,4 à 40,0)	47,1	(45,3 à 49,0)
Non	57,1	(55,9 à 58,2)	61,3	(60,0 à 62,6)	52,9	(51,0 à 54,8)
<b>Détresse émotionnelle</b>						
Oui	40,1	(39,0 à 41,2)	38,2	(36,9 à 39,5)	42,0	(40,2 à 43,8)
Non	59,9	(58,8 à 61,0)	61,8	(60,5 à 63,1)	58,0	(56,2 à 59,8)
<b>Problèmes de santé physique</b>						
Oui	27,6	(26,5 à 28,6)	24,1	(22,9 à 25,3)	31,0	(29,3 à 32,8)
Non	72,4	(71,4 à 73,5)	75,9	(74,7 à 77,1)	69,0	(67,2 à 70,7)
<b>Difficultés dans les relations personnelles</b>						
Oui	20,4	(19,5 à 21,4)	18,0	(16,9 à 19,0)	22,9	(21,3 à 24,5)
Non	79,6	(78,6 à 80,5)	82,0	(81,0 à 83,1)	77,1	(75,5 à 78,7)
<b>Autres répercussions</b>						
Oui	4,7	(4,2 à 5,2)	4,3	(3,8 à 4,9)	5,1	(4,2 à 6,0)
Non	95,3	(94,8 à 95,8)	95,7	(95,1 à 96,2)	94,9	(94,0 à 95,8)
<b>Nombre de répercussions de la COVID-19</b>						
2 ou moins	67,9	(66,9 à 69,0)	71,5	(70,2 à 72,8)	64,4	(62,6 à 66,2)
3 ou 4	23,3	(22,3 à 24,3)	21,4	(20,2 à 22,5)	25,2	(23,5 à 26,9)
5 ou plus	8,8	(8,0 à 9,5)	7,1	(6,4 à 7,9)	10,4	(9,2 à 11,6)

**Source des données :** Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, automne (septembre à décembre) 2020 et printemps (février à mai) 2021.

**Abréviation :** IC, intervalle de confiance.

<sup>a</sup> Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

<sup>b</sup> Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

<sup>c</sup> Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

<sup>d</sup> Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

<sup>e</sup> Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

<sup>f</sup> Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)<sup>26</sup>.

<sup>g</sup> Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)<sup>27</sup>.

<sup>h</sup> Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé<sup>28</sup>.

<sup>i</sup> Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

**TABLEAU 2**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Total pour l'échantillon	6,9	(6,3 à 7,5)	—	—	5,0	(4,2 à 5,8)	Réf.	—	8,6	(7,6 à 9,5)	1,8*	(1,4 à 2,2)
Période de collecte												
Automne 2020	6,3	(5,6 à 7,0)	Réf.	—	4,4	(3,6 à 5,3)	Réf.	—	7,9	(6,9 à 8,9)	Réf.	—
Printemps 2021	7,5	(6,4 à 8,5)	1,2	(1,0 à 1,5)	5,6	(4,2 à 6,9)	1,3	(0,9 à 1,8)	9,2	(7,6 à 10,8)	1,2	(0,9 à 1,5)
Variables sociodémographiques												
Groupe d'âge (ans)												
18 à 24	11,9	(8,8 à 15,0)	6,2*	(3,9 à 9,9)	4,9	(2,2 à 7,5)	2,8*	(1,2 à 6,3)	19,9	(13,9 à 25,9)	10,0*	(5,6 à 17,6)
25 à 34	8,5	(6,8 à 10,3)	4,8*	(3,1 à 7,4)	6,1	(3,7 à 8,4)	4,2*	(1,9 à 9,2)	10,4	(7,8 à 13,0)	5,3*	(3,2 à 8,7)
35 à 49	7,6	(6,3 à 8,8)	4,5*	(3,0 à 6,9)	6,0	(4,2 à 7,7)	4,4*	(2,1 à 9,0)	9,1	(7,3 à 10,9)	4,9*	(3,0 à 7,8)
50 à 64	7,0	(5,9 à 8,1)	3,5*	(2,5 à 5,0)	5,6	(4,2 à 7,0)	3,3*	(1,8 à 6,2)	8,3	(6,6 à 10,0)	3,7*	(2,4 à 5,7)
65 et plus	2,5	(1,9 à 3,0)	Réf.	—	2,3	(1,3 à 3,2)	Réf.	—	2,6	(1,9 à 3,4)	Réf.	—
Revenu du ménage												
Tiers inférieur	9,0	(7,9 à 10,2)	1,9*	(1,4 à 2,6)	7,4	(5,8 à 8,9)	1,7	(1,0 à 2,8)	10,4	(8,6 à 12,2)	2,1*	(1,5 à 3,1)
Tiers moyen	5,8	(4,8 à 6,9)	1,0	(0,8 à 1,4)	4,0	(2,7 à 5,4)	0,8	(0,5 à 1,4)	7,5	(5,9 à 9,0)	1,2	(0,8 à 1,7)
Tiers supérieur	5,7	(4,6 à 6,9)	Réf.	—	4,5	(3,0 à 6,0)	Réf.	—	7,0	(5,2 à 8,7)	Réf.	—
Aucun revenu déclaré	6,5	(4,3 à 8,6)	1,1	(0,7 à 1,8)	2,2	(0,5 à 3,9)	0,5	(0,2 à 1,3)	9,7	(6,3 à 13,2)	1,7	(1,0 à 3,0)
Plus haut niveau de scolarité atteint												
Diplôme d'études secondaires ou moins	7,1	(6,0 à 8,3)	1,1	(0,8 à 1,5)	5,1	(3,6 à 6,6)	1,2	(0,7 à 2,0)	8,9	(7,1 à 10,7)	1,0	(0,7 à 1,4)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	7,6	(6,4 à 8,7)	1,2	(0,9 à 1,6)	6,1	(4,5 à 7,7)	1,4	(0,9 à 2,2)	8,8	(7,3 à 10,4)	1,1	(0,8 à 1,6)
Baccalauréat ou plus	6,0	(5,1 à 7,0)	Réf.	—	4,0	(3,0 à 5,0)	Réf.	—	8,0	(6,4 à 9,6)	Réf.	—
Milieu de résidence												
Urbain <sup>a</sup>	7,2	(6,4 à 7,9)	1,3*	(1,0 à 1,7)	5,1	(4,2 à 6,0)	1,2	(0,8 à 1,8)	9,0	(7,9 à 10,2)	1,3	(1,0 à 1,8)
Rural	5,4	(4,3 à 6,4)	Réf.	—	4,1	(2,7 à 5,5)	Réf.	—	6,5	(5,0 à 8,0)	Réf.	—
Statut vis-à-vis de l'immigration												
Immigrant	6,4	(5,0 à 7,7)	0,9	(0,6 à 1,3)	5,1	(3,4 à 6,8)	1,0	(0,6 à 1,5)	7,9	(5,7 à 10,0)	0,9	(0,5 à 1,4)
Non-immigrant	7,1	(6,4 à 7,8)	Réf.	—	5,0	(4,1 à 5,9)	Réf.	—	8,8	(7,7 à 9,8)	Réf.	—
Appartenance à un groupe racisé												
Personne racisée <sup>b</sup>	7,1	(5,6 à 8,6)	0,9	(0,6 à 1,3)	5,2	(3,3 à 7,1)	0,9	(0,6 à 1,6)	9,3	(6,8 à 11,7)	0,9	(0,5 à 1,4)
Personne non racisée	6,7	(6,1 à 7,4)	Réf.	—	4,8	(4,0 à 5,7)	Réf.	—	8,3	(7,3 à 9,3)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
<b>Groupe professionnel</b>												
Travail de première ligne <sup>c</sup>	10,5	(7,5 à 13,4)	1,7*	(1,1 à 2,5)	13,1	(6,9 à 19,4)	3,9*	(2,0 à 7,8)	8,8	(5,8 à 11,8)	1,1	(0,7 à 1,7)
Travail essentiel <sup>d</sup>	6,8	(5,4 à 8,1)	1,2	(0,9 à 1,6)	4,0	(2,6 à 5,5)	1,2	(0,7 à 1,9)	10,3	(7,8 à 12,8)	1,3	(0,9 à 1,9)
Autre travail	5,9	(4,8 à 7,0)	Réf.	—	3,4	(2,4 à 4,4)	Réf.	—	8,3	(6,3 à 10,3)	Réf.	—
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	8,3	(7,2 à 9,4)	1,6*	(1,2 à 2,2)	7,0	(5,3 à 8,8)	2,6*	(1,6 à 4,4)	9,2	(7,7 à 10,7)	1,3	(0,9 à 1,8)
76 ans et plus <sup>e</sup>	1,6	(0,8 à 2,4)	0,9	(0,4 à 1,7)	1,6	(0,3 à 2,9)	1,4	(0,5 à 4,3)	1,6	(0,6 à 2,6)	0,7	(0,3 à 1,5)
<b>Variables liées à la santé mentale</b>												
<b>Santé mentale générale</b>												
Passable ou mauvaise	26,5	(23,7 à 29,4)	9,6*	(7,6 à 12,1)	22,2	(18,1 à 26,3)	11,6*	(7,8 à 17,2)	29,5	(25,7 à 33,4)	8,4*	(6,2 à 11,3)
Bonne, très bonne ou excellente	3,3	(2,8 à 3,8)	Réf.	—	2,4	(1,8 à 3,0)	Réf.	—	4,2	(3,4 à 5,0)	Réf.	—
<b>Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19</b>												
Moins bonne	14,6	(13,1 à 16,0)	6,5*	(5,3 à 8,1)	11,5	(9,5 à 13,6)	6,8*	(4,8 à 9,7)	16,8	(14,7 à 18,9)	6,3*	(4,8 à 8,3)
La même ou meilleure	2,3	(1,9 à 2,7)	Réf.	—	1,7	(1,3 à 2,2)	Réf.	—	2,8	(2,2 à 3,4)	Réf.	—
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté locale</b>												
Plutôt faible ou très faible	12,4	(11,1 à 13,8)	3,6*	(2,9 à 4,6)	9,4	(7,7 à 11,2)	4,3*	(2,9 à 6,2)	15,1	(13,1 à 17,1)	3,4*	(2,5 à 4,5)
Plutôt fort ou très fort	3,3	(2,7 à 3,9)	Réf.	—	2,2	(1,6 à 2,9)	Réf.	—	4,3	(3,4 à 5,2)	Réf.	—
<b>Cas positif de trouble d'anxiété généralisée<sup>f</sup></b>												
Oui	35,0	(31,8 à 38,3)	18,9*	(15,0 à 23,9)	31,0	(25,6 à 36,5)	19,6*	(13,4 à 28,6)	37,2	(33,1 à 41,2)	18,2*	(13,4 à 24,8)
Non	2,4	(2,0 à 2,8)	Réf.	—	2,0	(1,5 à 2,5)	Réf.	—	2,7	(2,1 à 3,3)	Réf.	—
<b>Cas positif de trouble de dépression majeure<sup>g</sup></b>												
Oui	31,7	(28,8 à 34,7)	22,4*	(17,0 à 29,4)	28,2	(23,6 à 32,8)	27,3*	(17,6 à 42,4)	34,0	(30,1 à 37,9)	19,7*	(13,8 à 27,9)
Non	1,9	(1,5 à 2,2)	Réf.	—	1,4	(0,9 à 1,8)	Réf.	—	2,3	(1,7 à 2,9)	Réf.	—
<b>Idées suicidaires</b>												
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	42,3	(35,1 à 49,4)	12,1*	(8,3 à 17,8)	35,9	(24,9 à 46,9)	11,8*	(6,5 à 21,4)	46,5	(37,0 à 56,0)	11,5*	(6,9 à 19,1)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	17,5	(14,7 à 20,3)	4,1*	(3,2 à 5,3)	10,8	(7,4 à 14,2)	3,2*	(2,0 à 4,9)	22,5	(18,3 à 26,7)	4,8*	(3,5 à 6,6)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	4,4	(3,8 à 4,9)	Réf.	—	3,4	(2,7 à 4,1)	Réf.	—	5,4	(4,5 à 6,2)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé <sup>h</sup>												
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	14,7	(9,7 à 19,7)	3,5*	(2,2 à 5,6)	13,7	(6,7 à 20,7)	3,3*	(1,6 à 6,8)	16,2	(8,8 à 23,7)	2,9*	(1,6 à 5,5)
Oui, moins d'une fois par jour	8,8	(7,3 à 10,3)	1,6*	(1,2 à 2,0)	6,2	(4,3 à 8,0)	1,5*	(1,0 à 2,3)	11,8	(9,4 à 14,1)	1,5*	(1,2 à 2,0)
Non	6,0	(5,4 à 6,7)	Réf.	—	4,3	(3,4 à 5,1)	Réf.	—	7,4	(6,4 à 8,5)	Réf.	—
Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	11,9	(9,9 à 13,8)	2,4*	(1,9 à 3,1)	8,6	(6,3 à 10,8)	2,5*	(1,7 à 3,8)	14,7	(11,6 à 17,8)	2,3*	(1,7 à 3,1)
Diminution	7,7	(5,6 à 9,7)	1,5*	(1,0 à 2,1)	6,9	(4,1 à 9,8)	2,0*	(1,2 à 3,4)	8,6	(5,8 à 11,5)	1,1	(0,7 à 1,7)
Aucun changement	5,6	(5,0 à 6,3)	Réf.	—	3,8	(3,0 à 4,7)	Réf.	—	7,2	(6,1 à 8,2)	Réf.	—
Consommation de cannabis au cours du mois écoulé												
Oui, tous les jours	16,9	(13,2 à 20,7)	3,1*	(2,3 à 4,3)	9,8	(6,2 à 13,4)	2,4*	(1,5 à 3,9)	26,3	(19,0 à 33,5)	3,8*	(2,5 à 5,7)
Oui, moins d'une fois par jour	13,1	(10,5 à 15,7)	2,4*	(1,8 à 3,1)	9,3	(6,2 à 12,5)	2,3*	(1,5 à 3,5)	17,6	(13,2 à 22,0)	2,4*	(1,7 à 3,4)
Non	5,5	(4,9 à 6,1)	Réf.	—	4,0	(3,2 à 4,8)	Réf.	—	6,8	(5,8 à 7,7)	Réf.	—
Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	20,8	(16,6 à 25,0)	3,6*	(2,7 à 4,9)	12,7	(8,3 à 17,1)	3,1*	(1,9 à 5,0)	28,0	(21,1 à 35,0)	4,0*	(2,7 à 5,9)
Diminution	16,9	(10,1 à 23,7)	2,8*	(1,7 à 4,7)	13,3	(4,3 à 22,3)	3,0*	(1,3 à 7,2)	21,2	(10,6 à 31,7)	2,5*	(1,3 à 4,7)
Aucun changement	5,7	(5,1 à 6,3)	Réf.	—	4,2	(3,4 à 5,0)	Réf.	—	7,1	(6,2 à 8,0)	Réf.	—
Préoccupations concernant la violence à la maison <sup>i</sup>												
Répondant s'étant identifié comme cible	27,0	(18,4 à 35,5)	5,3*	(3,4 à 8,2)	12,9	(4,1 à 21,7)	2,6*	(1,1 à 6,5)	38,5	(26,1 à 50,9)	7,4*	(4,2 à 13,1)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	15,1	(9,1 à 21,0)	2,5*	(1,5 à 4,1)	12,2	(4,7 à 19,6)	2,3*	(1,0 à 5,1)	18,1	(8,5 à 27,6)	2,6*	(1,3 à 5,0)
Aucune préoccupation	6,2	(5,6 à 6,8)	Réf.	—	4,6	(3,8 à 5,4)	Réf.	—	7,7	(6,7 à 8,6)	Réf.	—
Répercussions de la COVID-19												
Perte d'emploi ou de revenu												
Oui	12,2	(10,4 à 14,1)	2,1*	(1,7 à 2,7)	8,6	(6,3 à 10,8)	1,8*	(1,3 à 2,7)	16,3	(13,3 à 19,3)	2,1*	(1,6 à 2,8)
Non	5,2	(4,6 à 5,7)	Réf.	—	3,8	(3,1 à 4,4)	Réf.	—	6,3	(5,4 à 7,1)	Réf.	—
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels												
Oui	19,1	(16,4 à 21,7)	4,0*	(3,2 à 5,0)	13,2	(10,1 à 16,3)	3,3*	(2,2 à 4,9)	25,2	(21,0 à 29,3)	4,4*	(3,3 à 5,8)
Non	4,7	(4,2 à 5,2)	Réf.	—	3,5	(2,8 à 4,2)	Réf.	—	5,7	(4,9 à 6,5)	Réf.	—
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue												
Oui	16,0	(12,8 à 19,1)	2,7*	(2,0 à 3,6)	12,5	(8,1 à 16,8)	3,0*	(1,9 à 5,0)	18,6	(14,1 à 23,0)	6,2*	(4,3 à 9,1)
Non	6,1	(5,5 à 6,7)	Réf.	—	4,4	(3,7 à 5,2)	Réf.	—	7,6	(6,6 à 8,5)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Sentiments de solitude ou d'isolement												
Oui	13,2	(11,9 à 14,5)	6,0*	(4,7 à 7,8)	10,6	(8,8 à 12,5)	6,2*	(4,3 à 9,1)	15,0	(13,2 à 16,8)	6,0*	(4,3 à 8,4)
Non	2,2	(1,7 à 2,6)	Réf.	—	1,7	(1,2 à 2,3)	Réf.	—	2,7	(2,0 à 3,4)	Réf.	—
Détresse émotionnelle												
Oui	14,7	(13,3 à 16,2)	8,7*	(6,7 à 11,2)	12,4	(10,3 à 14,5)	9,3*	(6,1 à 14,1)	16,1	(14,2 à 18,0)	8,1*	(5,8 à 11,3)
Non	1,7	(1,4 à 2,1)	Réf.	—	1,3	(0,9 à 1,8)	Réf.	—	2,1	(1,5 à 2,7)	Réf.	—
Problèmes de santé physique												
Oui	17,3	(15,5 à 19,1)	6,1*	(4,9 à 7,6)	12,6	(10,2 à 15,1)	4,8*	(3,3 à 7,1)	20,3	(17,8 à 22,7)	7,2*	(5,5 à 9,4)
Non	3,0	(2,5 à 3,5)	Réf.	—	2,8	(2,1 à 3,5)	Réf.	—	3,1	(2,5 à 3,8)	Réf.	—
Difficultés dans les relations personnelles												
Oui	18,0	(15,8 à 20,2)	4,6*	(3,8 à 5,7)	12,9	(10,1 à 15,7)	4,2*	(2,9 à 6,0)	21,8	(18,6 à 24,9)	5,0*	(3,8 à 6,4)
Non	4,1	(3,6 à 4,6)	Réf.	—	3,3	(2,5 à 4,0)	Réf.	—	4,8	(4,1 à 5,6)	Réf.	—
Autres répercussions												
Oui	15,1	(11,5 à 18,8)	2,1*	(1,5 à 2,9)	11,1	(6,7 à 15,5)	2,1*	(1,2 à 3,7)	17,2	(12,0 à 22,5)	2,1*	(1,4 à 3,2)
Non	6,5	(5,9 à 7,1)	Réf.	—	4,8	(4,0 à 5,6)	Réf.	—	8,2	(7,2 à 9,1)	Réf.	—
Nombre de répercussions de la COVID-19												
2 ou moins	1,8	(1,5 à 2,1)	Réf.	—	1,4	(1,0 à 1,8)	Réf.	—	2,2	(1,7 à 2,8)	Réf.	—
3 ou 4	12,5	(10,9 à 14,1)	7,1*	(5,6 à 9,0)	11,2	(8,7 à 13,8)	8,2*	(5,5 à 12,3)	13,3	(11,3 à 15,4)	6,5*	(4,7 à 8,8)
5 ou plus	31,7	(27,5 à 36,0)	21,3*	(15,9 à 28,5)	23,1	(17,2 à 29,0)	19,7*	(12,3 à 31,5)	37,4	(31,5 à 43,3)	21,6*	(14,8 à 31,6)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, données groupées pour l'automne (septembre à décembre) 2020 et le printemps (février à mai) 2021.

Abréviations : ESPT, état de stress post-traumatique; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., référence.

<sup>a</sup> Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

<sup>b</sup> Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

<sup>c</sup> Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

<sup>d</sup> Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

<sup>e</sup> Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

<sup>f</sup> Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)<sup>26</sup>.

<sup>g</sup> Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)<sup>27</sup>.

<sup>h</sup> Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé<sup>28</sup>.

<sup>i</sup> Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

\* Rapport de cotes statistiquement significatif, ajusté en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

**TABEAU 3**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Total pour l'échantillon	6,3	(5,6 à 7,0)	—	—	4,4	(3,6 à 5,3)	Réf.	—	7,9	(6,9 à 8,9)	1,8*	(1,4 à 2,4)
Variables sociodémographiques												
Groupe d'âge (ans)												
18 à 24	10,8	(7,5 à 14,2)	5,4*	(3,0 à 10,0)	5,9	(2,3 à 9,6)	4,8*	(1,5 à 15,6)	16,6	(10,4 à 22,8)	6,7*	(3,4 à 13,3)
25 à 34	7,0	(5,3 à 8,7)	3,6*	(2,1 à 6,4)	3,8	(1,8 à 5,7)	2,8	(0,9 à 9,4)	9,4	(6,8 à 12,1)	4,3*	(2,4 à 8,0)
35 à 49	6,7	(5,4 à 8,1)	3,8*	(2,2 à 6,7)	5,3	(3,5 à 7,0)	4,3*	(1,5 à 12,2)	8,2	(6,0 à 10,3)	3,7*	(2,0 à 6,9)
50 à 64	6,7	(5,5 à 7,9)	3,1*	(1,9 à 5,1)	5,4	(3,9 à 6,9)	3,7*	(1,5 à 9,4)	8,0	(6,1 à 9,9)	2,9*	(1,7 à 5,0)
65 et plus	2,7	(1,9 à 3,5)	Réf.	—	2,1	(0,9 à 3,2)	Réf.	—	3,2	(2,1 à 4,3)	Réf.	—
Revenu du ménage												
Tiers inférieur	7,8	(6,7 à 9,0)	1,8	(1,3 à 2,5)*	6,1	(4,5 à 7,6)	1,8*	(1,0 à 3,1)	9,4	(7,7 à 11,0)	1,8*	(1,2 à 2,7)
Tiers moyen	5,6	(4,4 à 6,9)	1,1	(0,7 à 1,5)	4,2	(2,5 à 5,8)	1,2	(0,7 à 2,1)	6,6	(4,9 à 8,4)	1,0	(0,6 à 1,5)
Tiers supérieur	5,1	(3,9 à 6,3)	Réf.	—	3,5	(2,2 à 4,7)	Réf.	—	6,8	(4,8 à 8,8)	Réf.	—
Aucun revenu déclaré	7,0	(4,5 à 9,5)	1,4	(0,8 à 2,3)	3,2	(0,3 à 6,2)	0,8	(0,2 à 2,7)	9,7	(5,9 à 13,6)	1,7	(1,0 à 3,0)
Plus haut niveau de scolarité atteint												
Diplôme d'études secondaires ou moins	6,7	(5,4 à 8,0)	1,1	(0,7 à 1,6)	4,1	(2,7 à 5,5)	0,8	(0,4 à 1,6)	8,8	(6,7 à 10,9)	1,3	(0,8 à 2,0)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	7,4	(6,2 à 8,6)	1,4*	(1,0 à 1,8)	5,4	(3,9 à 6,9)	1,2	(0,7 à 2,1)	9,2	(7,3 à 11,0)	1,5*	(1,0 à 2,1)
Baccalauréat ou plus	4,9	(4,0 à 5,9)	Réf.	—	3,8	(2,5 à 5,2)	Réf.	—	6,0	(4,6 à 7,5)	Réf.	—
Milieu de résidence												
Urbain <sup>a</sup>	6,5	(5,7 à 7,3)	1,2	(0,9 à 1,8)	4,5	(3,6 à 5,5)	1,0	(0,6 à 1,8)	8,2	(7,0 à 9,4)	1,2	(0,9 à 1,8)
Rural	5,4	(4,1 à 6,6)	Réf.	—	4,0	(2,3 à 5,7)	Réf.	—	6,6	(4,7 à 8,4)	Réf.	—
Statut vis-à-vis de l'immigration												
Immigrant	5,6	(4,2 à 7,0)	1,1	(0,8 à 1,5)	4,7	(2,8 à 6,6)	1,2	(0,7 à 2,0)	6,6	(4,5 à 8,7)	1,0	(0,6 à 1,7)
Non-immigrant	6,5	(5,8 à 7,3)	Réf.	—	4,4	(3,4 à 5,3)	Réf.	—	8,3	(7,1 à 9,5)	Réf.	—
Appartenance à un groupe racisé												
Personne racisée <sup>b</sup>	5,7	(4,2 à 7,2)	0,7	(0,5 à 1,1)	4,7	(2,6 à 6,7)	0,8	(0,4 à 1,4)	6,8	(4,7 à 9,0)	0,7	(0,4 à 1,1)
Personne non racisée	6,4	(5,6 à 7,2)	Réf.	—	4,3	(3,5 à 5,2)	Réf.	—	8,1	(6,9 à 9,2)	Réf.	—
Groupe professionnel												
Travail de première ligne <sup>c</sup>	9,7	(6,1 à 13,2)	1,9*	(1,2 à 3,1)	8,4	(2,6 à 14,2)	2,5*	(1,0 à 6,4)	10,6	(6,2 à 15,0)	1,7	(1,0 à 3,1)
Travail essentiel <sup>d</sup>	6,6	(4,9 à 8,3)	1,4	(1,0 à 2,0)	3,5	(1,8 à 5,1)	1,0	(0,5 à 1,9)	10,5	(7,5 à 13,4)	1,7*	(1,1 à 2,6)
Autre travail	4,8	(3,8 à 5,9)	Réf.	—	3,2	(2,1 à 4,3)	Réf.	—	6,4	(4,5 à 8,2)	Réf.	—
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	7,7	(6,5 à 8,9)	1,8*	(1,3 à 2,5)	6,3	(4,5 à 8,0)	2,4*	(1,3 à 4,3)	8,6	(7,1 à 10,1)	1,6*	(1,1 à 2,3)
76 ans et plus <sup>e</sup>	1,7	(0,8 à 2,7)	0,9	(0,4 à 2,0)	1,8	(0,3 à 3,3)	1,7	(0,4 à 6,7)	1,7	(0,4 à 3,0)	0,6	(0,2 à 1,8)

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
<b>Variabiles liées à la santé mentale</b>												
<b>Santé mentale générale</b>												
Passable ou mauvaise	26,1	(22,8 à 29,5)	9,2*	(7,0 à 11,9)	23,4	(18,1 à 28,7)	13,0*	(8,2 à 20,6)	27,5	(23,2 à 31,7)	7,5*	(5,3 à 10,4)
Bonne, très bonne ou excellente	3,3	(2,8 à 3,9)	Réf.	—	2,2	(1,5 à 2,8)	Réf.	—	4,4	(3,5 à 5,3)	Réf.	—
<b>Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19</b>												
Moins bonne	13,8	(12,1 à 15,5)	5,7*	(4,3 à 7,4)	10,8	(8,3 à 13,2)	5,8*	(3,7 à 9,0)	15,8	(13,5 à 18,1)	5,6*	(4,0 à 7,9)
La même ou meilleure	2,6	(2,1 à 3,1)	Réf.	—	1,9	(1,3 à 2,5)	Réf.	—	3,2	(2,4 à 4,0)	Réf.	—
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté locale</b>												
Plutôt faible ou très faible	12,5	(11,0 à 14,1)	4,6*	(3,5 à 6,0)	9,6	(7,5 à 11,6)	6,4*	(4,0 à 10,4)	15,2	(12,8 à 17,5)	4,0*	(2,8 à 5,6)
Plutôt fort ou très fort	2,8	(2,2 à 3,3)	Réf.	—	1,5	(1,0 à 2,1)	Réf.	—	3,8	(2,9 à 4,8)	Réf.	—
<b>Cas positif de trouble d'anxiété généralisée<sup>f</sup></b>												
Oui	33,2	(29,3 à 37,1)	18,0*	(13,7 à 23,6)	26,1	(20,3 à 31,8)	15,2*	(9,4 à 24,7)	37,1	(32,3 à 42,0)	20,2*	(14,3 à 28,6)
Non	2,4	(1,9 à 2,8)	Réf.	—	2,1	(1,5 à 2,7)	Réf.	—	2,5	(1,9 à 3,1)	Réf.	—
<b>Cas positif de trouble de dépression majeure<sup>g</sup></b>												
Oui	31,5	(28,0 à 35,0)	23,9*	(17,7 à 32,2)	26,0	(20,9 à 31,1)	25,8*	(14,9 à 44,7)	35,1	(30,4 à 39,8)	23,2*	(16,2 à 33,1)
Non	1,8	(1,4 à 2,2)	Réf.	—	1,4	(0,8 à 1,9)	Réf.	—	2,1	(1,6 à 2,6)	Réf.	—
<b>Idées suicidaires</b>												
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	50,2	(41,3 à 59,2)	20,3*	(12,9 à 32,0)	39,3	(25,2 à 53,4)	18,3*	(8,7 à 38,8)	56,2	(45,9 à 66,5)	22,4*	(13,1 à 38,1)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	18,5	(15,1 à 21,8)	5,2*	(3,9 à 6,9)	12,0	(8,0 à 16,0)	4,4*	(2,7 à 7,5)	23,2	(18,3 à 28,0)	5,9*	(4,2 à 8,4)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	3,8	(3,2 à 4,3)	Réf.	—	2,9	(2,1 à 3,6)	Réf.	—	4,6	(3,8 à 5,5)	Réf.	—
<b>Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé<sup>h</sup></b>												
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	14,4	(7,6 à 21,1)	3,6*	(1,9 à 6,7)	14,5 <sup>E</sup>	(4,9 à 24,2)	3,9 <sup>E</sup>	(1,6 à 9,5)	14,1 <sup>E</sup>	(5,2 à 23,0)	2,7 <sup>E</sup>	(1,2 à 6,4)
Oui, moins d'une fois par jour	7,8	(6,3 à 9,3)	1,5*	(1,1 à 2,0)	4,4	(2,9 à 5,9)	1,1	(0,7 à 1,7)	11,5	(8,9 à 14,1)	1,7*	(1,2 à 2,4)
Non	5,6	(4,8 à 6,3)	Réf.	—	4,2	(3,2 à 5,2)	Réf.	—	6,6	(5,5 à 7,6)	Réf.	—

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
<b>Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19</b>												
Augmentation	10,4	(8,3 à 12,4)	2,3*	(1,7 à 3,0)	7,4	(4,9 à 9,9)	2,3*	(1,5 à 3,8)	13,0	(9,9 à 16,0)	2,2*	(1,6 à 3,2)
Diminution	7,3	(4,8 à 9,8)	1,5	(1,0 à 2,2)	5,7 <sup>E</sup>	(3,1 à 8,4)	1,6 <sup>E</sup>	(0,9 à 2,9)	9,4 <sup>F</sup>	(4,8 à 14,1)	1,3 <sup>F</sup>	(0,7 à 2,4)
Aucun changement	5,3	(4,6 à 6,0)	Réf.	—	3,6	(2,7 à 4,5)	Réf.	—	6,7	(5,6 à 7,7)	Réf.	—
<b>Consommation de cannabis au cours du mois écoulé</b>												
Oui, tous les jours	18,9	(14,3 à 23,5)	4,0*	(2,7 à 5,8)	13,1	(8,0 à 18,1)	3,9*	(2,3 à 6,8)	25,6	(17,6 à 33,5)	4,2*	(2,5 à 7,1)
Oui, moins d'une fois par jour	10,6	(8,1 à 13,2)	2,1*	(1,5 à 3,0)	6,1	(3,6 à 8,7)	1,9*	(1,1 à 3,2)	15,9	(11,5 à 20,3)	2,3*	(1,5 à 3,5)
Non	5,0	(4,3 à 5,7)	Réf.	—	3,6	(2,7 à 4,5)	Réf.	—	6,2	(5,2 à 7,3)	Réf.	—
<b>Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19</b>												
Augmentation	19,9	(15,2 à 24,7)	3,7*	(2,6 à 5,4)	12,3	(7,1 à 17,6)	3,7*	(2,0 à 6,8)	26,3	(18,9 à 33,8)	4,0*	(2,5 à 6,4)
Diminution	15,4	(8,0 à 22,9)	3,0*	(1,7 à 5,5)	10,2	(3,0 à 17,5)	2,8*	(1,1 à 7,1)	22,2	(8,4 à 36,0)	2,9*	(1,2 à 6,9)
Aucun changement	5,3	(4,7 à 6,0)	Réf.	—	3,8	(3,0 à 4,6)	Réf.	—	6,7	(5,7 à 7,7)	Réf.	—
<b>Préoccupations concernant la violence à la maison<sup>I</sup></b>												
Répondant s'étant identifié comme cible	17,0	(10,1 à 23,8)	3,3*	(1,9 à 5,6)	<sup>F</sup>	—	<sup>F</sup>	—	23,7 <sup>E</sup>	(13,4 à 34,0)	4,1 <sup>FE</sup>	(2,1 à 7,9)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	16,0	(8,8 à 23,2)	3,1*	(1,7 à 5,8)	10,7 <sup>E</sup>	(1,8 à 19,6)	2,7 <sup>E</sup>	(0,9 à 8,1)	22,0 <sup>E</sup>	(10,2 à 33,8)	3,6 <sup>FE</sup>	(1,5 à 8,6)
Aucune préoccupation	5,8	(5,2 à 6,5)	Réf.	—	4,0	(3,3 à 4,8)	Réf.	—	7,3	(6,3 à 8,4)	Réf.	—
<b>Répercussions de la COVID-19</b>												
<b>Perte d'emploi ou de revenu</b>												
Oui	9,3	(7,5 à 11,1)	1,6*	(1,2 à 2,1)	5,9	(3,8 à 8,0)	1,2	(0,8 à 2,0)	12,9	(10,0 à 15,7)	1,7*	(1,2 à 2,5)
Non	5,4	(4,7 à 6,0)	Réf.	—	4,0	(3,1 à 4,8)	Réf.	—	6,5	(5,4 à 7,5)	Réf.	—
<b>Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels</b>												
Oui	16,8	(14,1 à 19,5)	3,9*	(3,0 à 5,1)	11,0	(7,6 à 14,4)	3,0*	(1,9 à 4,9)	22,7	(18,4 à 26,9)	4,5*	(3,2 à 6,3)
Non	4,4	(3,8 à 5,0)	Réf.	—	3,3	(2,5 à 4,0)	Réf.	—	5,4	(4,5 à 6,3)	Réf.	—
<b>Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue</b>												
Oui	16,8	(12,3 à 21,3)	3,0*	(2,1 à 4,3)	10,5	(4,4 à 16,6)	2,6*	(1,3 à 5,4)	20,8	(14,6 à 26,9)	7,5*	(4,7 à 12,0)
Non	5,7	(5,0 à 6,3)	Réf.	—	4,2	(3,4 à 5,0)	Réf.	—	7,0	(5,9 à 8,0)	Réf.	—
<b>Sentiments de solitude ou d'isolement</b>												
Oui	13,2	(11,6 à 14,7)	6,8*	(5,1 à 8,9)	10,5	(8,4 à 12,6)	7,5*	(4,7 à 12,0)	14,8	(12,7 à 16,8)	6,5*	(4,6 à 9,3)
Non	2,1	(1,6 à 2,5)	Réf.	—	1,5	(0,9 à 2,1)	Réf.	—	2,7	(1,9 à 3,5)	Réf.	—
<b>Détresse émotionnelle</b>												
Oui	13,9	(12,3 à 15,5)	9,0*	(6,6 à 12,2)	11,9	(9,5 à 14,2)	12,6*	(7,0 à 22,7)	15,0	(12,9 à 17,1)	7,3*	(5,1 à 10,6)
Non	1,7	(1,3 à 2,1)	Réf.	—	1,0	(0,6 à 1,5)	Réf.	—	2,4	(1,7 à 3,2)	Réf.	—

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
<b>Problèmes de santé physique</b>												
Oui	17,1	(14,9 à 19,2)	6,3*	(4,8 à 8,1)	14,4	(11,0 à 17,9)	7,9*	(5,1 à 12,3)	18,3	(15,6 à 21,0)	5,6*	(4,0 à 7,8)
Non	3,0	(2,4 à 3,5)	Réf.	—	2,1	(1,5 à 2,7)	Réf.	—	3,9	(2,9 à 4,8)	Réf.	—
<b>Difficultés dans les relations personnelles</b>												
Oui	17,1	(14,5 à 19,6)	4,5*	(3,5 à 5,8)	14,2	(10,6 à 17,7)	6,2*	(4,1 à 9,3)	18,8	(15,3 à 22,3)	3,7*	(2,7 à 5,1)
Non	4,0	(3,4 à 4,6)	Réf.	—	2,6	(2,0 à 3,3)	Réf.	—	5,3	(4,4 à 6,2)	Réf.	—
<b>Autres répercussions</b>												
Oui	14,5	(10,3 à 18,7)	2,2*	(1,5 à 3,4)	15,1	(7,9 à 22,3)	4,0*	(2,0 à 7,7)	12,6	(7,5 à 17,6)	1,6	(0,9 à 2,6)
Non	6,0	(5,3 à 6,7)	Réf.	—	4,0	(3,2 à 4,9)	Réf.	—	7,8	(6,7 à 8,8)	Réf.	—
<b>Nombre de répercussions de la COVID-19</b>												
2 ou moins	2,1	(1,7 à 2,5)	Réf.	—	1,5	(1,0 à 2,1)	Réf.	—	2,7	(2,0 à 3,4)	Réf.	—
3 ou 4	11,9	(10,1 à 13,8)	6,0*	(4,4 à 8,0)	9,7	(7,2 à 12,1)	6,9*	(4,2 à 11,6)	13,2	(10,7 à 15,8)	5,5*	(3,8 à 8,0)
5 ou plus	32,4	(27,3 à 37,5)	20,4*	(14,3 à 29,0)	27,2	(19,1 à 35,4)	22,6*	(12,4 à 41,2)	35,4	(28,7 à 42,0)	18,3*	(11,6 à 28,9)

**Source des données :** Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, automne (septembre à décembre) 2020.

**Abréviations :** ESPT, état de stress post-traumatique; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., référence.

<sup>a</sup> Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

<sup>b</sup> Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

<sup>c</sup> Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

<sup>d</sup> Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

<sup>e</sup> Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

<sup>f</sup> Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)<sup>26</sup>.

<sup>g</sup> Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)<sup>27</sup>.

<sup>h</sup> Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé<sup>28</sup>.

<sup>i</sup> Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

\* Rapport de cotes statistiquement significatif, ajusté en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

<sup>e</sup> Utiliser avec circonspection. La qualité doit être évaluée à l'aide de l'intervalle de confiance.

<sup>f</sup> Donnée trop peu fiable pour être publiée.

sein de la population générale au Canada en fonction de caractéristiques sociodémographiques, de facteurs liés à la santé mentale et de répercussions de la pandémie de COVID-19, à l'automne 2020 et au printemps 2021. La mise en contexte de ces résultats par rapport aux données internationales est difficile puisque l'évaluation de l'ESPT ne se fait pas de façon uniforme d'un pays à l'autre. Selon une étude menée dans 24 pays (n'incluant pas le Canada) en 2017, la prévalence de l'ESPT au cours de la vie serait de 5 % dans les pays à revenu élevé, mais avec d'importantes variations d'un pays à l'autre<sup>2</sup>. Nous avons mesuré une prévalence globale de

l'ESPT de 6,9 %, ce qui est similaire à ce qui a été observé aux États-Unis (6,9 %) et en Australie (7,3 %) en 2017<sup>2</sup>. Il convient toutefois de mentionner que l'étude de Koenen et ses collaborateurs<sup>2</sup> a eu lieu avant la pandémie et que les chercheurs ont eu recours à une méthode d'évaluation différente.

Les données d'enquêtes récentes menées à l'échelle nationale indiquent une augmentation notable de la prévalence chez les personnes déclarant avoir reçu un diagnostic d'ESPT de la part d'un professionnel de la santé. En 2021, cette prévalence était de 5 %<sup>30</sup>, ce qui est nettement plus

élevé que les taux observés en 2012 (1,7 %) et en 2002 (1 %) <sup>31</sup>. Ces résultats font ressortir une tendance à la hausse inquiétante de la prévalence de l'ESPT au Canada et une augmentation potentielle du fardeau qui en découle. Cette augmentation des diagnostics d'ESPT déclarés peut être le reflet d'une véritable hausse de la prévalence de l'ESPT, d'une plus grande sensibilisation à l'ESPT et d'un meilleur accès aux soins, d'une plus grande acceptation sociale de l'ESPT et d'une diminution de la stigmatisation, ainsi que de différences dans les méthodes d'enquête.

Les résultats actuels concordent avec ceux de travaux de recherche antérieurs qui

**TABEAU 4**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Total pour l'échantillon	7,5	(6,4 à 8,5)	—	—	5,6	(4,2 à 6,9)	Réf.	—	9,2	(7,6 à 10,8)	1,7*	(1,2 à 2,4)
<b>Variables sociodémographiques</b>												
<b>Groupe d'âge (ans)</b>												
18 à 24	13,1	(7,5 à 18,6)	7,3*	(3,5 à 15,1)	3,5 <sup>E</sup>	(0,0 à 7,5)	1,2 <sup>E</sup>	(0,1 à 11,2)	22,9	(12,9 à 32,8)	14,5*	(5,8 à 36,5)
25 à 34	10,3	(7,1 à 13,5)	6,2*	(3,2 à 12,1)	8,7	(4,2 à 13,3)	5,3*	(1,8 à 15,7)	11,6	(6,8 à 16,4)	7,0*	(3,0 à 16,2)
35 à 49	8,3	(6,3 à 10,3)	5,3*	(2,9 à 9,9)	6,6	(3,7 à 9,4)	4,4*	(1,6 à 12,4)	9,9	(7,1 à 12,7)	6,5*	(3,0 à 14,1)
50 à 64	7,3	(5,4 à 9,1)	4,0*	(2,3 à 7,0)	5,9	(3,4 à 8,3)	2,9*	(1,2 à 7,3)	8,6	(5,8 à 11,4)	4,9*	(2,3 à 10,4)
65 et plus	2,2	(1,4 à 3,1)	Réf.	—	2,4	(1,0 à 3,9)	Réf.	—	2,1	(1,0 à 3,1)	Réf.	—
<b>Revenu du ménage</b>												
Tiers inférieur	10,2	(8,2 à 12,3)	2,1*	(1,3 à 3,4)	8,8	(6,1 à 11,5)	1,6	(0,7 à 3,7)	11,3	(8,2 à 14,4)	2,4*	(1,3 à 4,5)
Tiers moyen	6,0	(4,3 à 7,7)	1,0	(0,6 à 1,6)	3,8	(1,7 à 6,0)	0,6	(0,3 à 1,5)	8,4	(5,7 à 11,0)	1,4	(0,8 à 2,6)
Tiers supérieur	6,4	(4,5 à 8,3)	Réf.	—	5,6	(2,9 à 8,3)	Réf.	—	7,1	(4,2 à 10,1)	Réf.	—
Aucun revenu déclaré	5,9	(2,4 à 9,4)	0,9	(0,4 à 2,1)	x	—	x	—	9,7	(3,9 à 15,5)	1,6	(0,6 à 4,2)
<b>Plus haut niveau de scolarité atteint</b>												
Diplôme d'études secondaires ou moins	7,6	(5,6 à 9,6)	1,1	(0,7 à 1,7)	6,2	(3,5 à 8,9)	1,5	(0,7 à 3,2)	9,0	(6,1 à 11,9)	0,9	(0,5 à 1,6)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	7,7	(5,8 à 9,6)	1,1	(0,7 à 1,8)	6,7	(3,9 à 9,5)	1,6	(0,7 à 3,4)	8,6	(6,0 à 11,1)	1,0	(0,6 à 1,6)
Baccalauréat ou plus	7,1	(5,5 à 8,7)	Réf.	—	4,1	(2,6 à 5,6)	Réf.	—	10,0	(7,1 à 12,8)	Réf.	—
<b>Milieu de résidence</b>												
Urbain <sup>a</sup>	7,9	(6,6 à 9,1)	1,4	(0,9 à 2,1)	5,7	(4,2 à 7,2)	1,3	(0,6 à 2,7)	9,9	(8,0 à 11,8)	1,4	(0,8 à 2,3)
Rural	5,4	(3,7 à 7,1)	Réf.	—	4,2	(1,9 à 6,5)	Réf.	—	6,4	(4,0 à 8,8)	Réf.	—
<b>Statut vis-à-vis de l'immigration</b>												
Immigrant	7,1	(4,9 à 9,4)	0,7	(0,4 à 1,3)	5,5	(2,7 à 8,2)	0,8	(0,4 à 1,8)	9,2	(5,5 à 13,0)	0,7	(0,3 à 1,6)
Non-immigrant	7,6	(6,4 à 8,8)	Réf.	—	5,6	(4,1 à 7,1)	Réf.	—	9,2	(7,5 à 11,0)	Réf.	—
<b>Appartenance à un groupe racisé</b>												
Personne racisée <sup>b</sup>	8,6	(5,8 à 11,3)	1,1	(0,6 à 2,1)	5,8	(2,6 à 9,0)	1,0	(0,4 à 2,5)	11,9	(7,4 à 16,4)	1,1	(0,5 à 2,5)
Personne non racisée	7,0	(6,0 à 8,1)	Réf.	—	5,3	(3,9 à 6,7)	Réf.	—	8,5	(6,8 à 10,1)	Réf.	—
<b>Groupe professionnel</b>												
Travail de première ligne <sup>c</sup>	11,3	(6,5 à 16,1)	1,4	(0,7 à 2,8)	19,9 <sup>E</sup>	(7,8 à 32,1)	5,4 <sup>EE</sup>	(1,7 à 16,7)	7,0	(3,1 à 11,0)	0,7	(0,3 à 1,6)
Travail essentiel <sup>d</sup>	6,9	(4,9 à 8,9)	1,1	(0,7 à 1,7)	4,5	(2,3 à 6,7)	1,3	(0,6 à 2,9)	10,2	(6,4 à 14,0)	1,0	(0,5 à 1,8)
Autre travail	7,0	(4,9 à 9,1)	Réf.	—	3,6	(1,8 à 5,3)	Réf.	—	10,5	(6,7 à 14,3)	Réf.	—
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	8,9	(7,0 à 10,8)	1,5	(0,9 à 2,4)	7,8	(4,9 à 10,8)	2,8*	(1,3 à 6,3)	9,8	(7,3 à 12,3)	1,1	(0,6 à 1,9)
76 ans et plus <sup>e</sup>	1,5	(0,2 à 2,8)	0,8	(0,2 à 2,9)	x	—	x	—	1,6	(0,0 à 3,2)	0,7	(0,1 à 3,9)

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
<b>Variabiles liées à la santé mentale</b>												
<b>Santé mentale générale</b>												
Passable ou mauvaise	26,8	(22,5 à 31,2)	10,3*	(7,1 à 22,4)	21,4	(15,6 à 27,2)	11,6*	(6,0 à 22,4)	31,2	(25,3 à 37,1)	9,7*	(5,9 à 16,0)
Bonne, très bonne ou excellente	3,3	(2,5 à 4,1)	Réf.	—	2,6	(1,6 à 3,6)	Réf.	—	4,0	(2,8 à 5,2)	Réf.	—
<b>Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19</b>												
Moins bonne	15,2	(12,9 à 17,5)	7,8*	(5,5 à 11,2)	12,1	(9,0 à 15,2)	8,3*	(4,6 à 15,2)	17,6	(14,3 à 20,9)	7,4*	(4,7 à 11,7)
La même ou meilleure	2,0	(1,4 à 2,5)	Réf.	—	1,5	(0,8 à 2,2)	Réf.	—	2,4	(1,6 à 3,3)	Réf.	—
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté locale</b>												
Plutôt faible ou très faible	12,4	(10,3 à 14,4)	3,0*	(2,1 à 5,4)	9,3	(6,6 à 12,0)	3,0*	(1,6 à 5,4)	15,0	(12,0 à 18,1)	3,1*	(2,0 à 4,9)
Plutôt fort ou très fort	3,9	(2,9 à 4,9)	Réf.	—	2,9	(1,7 à 4,2)	Réf.	—	4,8	(3,2 à 6,4)	Réf.	—
<b>Cas positif de trouble d'anxiété généralisée<sup>f</sup></b>												
Oui	36,6	(31,6 à 41,7)	21,1*	(14,1 à 55,2)	35,3	(26,6 à 44,1)	29,5*	(15,7 à 55,2)	37,2	(31,1 à 43,3)	18,1*	(10,6 à 30,9)
Non	2,4	(1,8 à 3,1)	Réf.	—	1,9	(1,2 à 2,6)	Réf.	—	3,0	(1,9 à 4,1)	Réf.	—
<b>Cas positif de trouble de dépression majeure<sup>g</sup></b>												
Oui	31,9	(27,4 à 36,4)	21,9*	(14,0 à 65,5)	30,2	(23,0 à 37,3)	30,3*	(14,0 à 65,5)	33,2	(27,4 à 38,9)	18,5*	(10,3 à 33,3)
Non	1,9	(1,3 à 2,6)	Réf.	—	1,4	(0,7 à 2,1)	Réf.	—	2,4	(1,4 à 3,5)	Réf.	—
<b>Idées suicidaires</b>												
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	37,8	(28,1 à 47,4)	9,0*	(5,1 à 15,9)	34,1 <sup>E</sup>	(19,3 à 48,8)	9,4 <sup>EE</sup>	(3,6 à 24,8)	40,6 <sup>E</sup>	(27,5 à 53,7)	7,7 <sup>EE</sup>	(3,6 à 16,7)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	16,5	(12,0 à 21,0)	3,4*	(2,2 à 5,2)	9,6	(4,1 à 15,1)	2,3*	(1,0 à 5,3)	21,8	(15,1 à 28,5)	4,2*	(2,5 à 7,2)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	5,0	(4,1 à 6,0)	Réf.	—	3,9	(2,7 à 5,1)	Réf.	—	6,1	(4,6 à 7,6)	Réf.	—
<b>Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé<sup>h</sup></b>												
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	14,9	(7,4 à 22,4)	3,4*	(1,6 à 7,0)	13,2 <sup>E</sup>	(3,5 à 22,9)	3,0 <sup>E</sup>	(1,0 à 9,5)	18,1 <sup>E</sup>	(5,7 à 30,5)	3,2 <sup>EE</sup>	(1,2 à 8,8)
Oui, moins d'une fois par jour	9,9	(7,3 à 12,5)	1,7*	(1,1 à 2,5)	8,1	(4,6 à 11,5)	2,0*	(1,1 à 3,7)	12,1	(8,0 à 16,2)	1,4	(0,9 à 2,2)
Non	6,5	(5,3 à 7,6)	Réf.	—	4,4	(3,0 à 5,7)	Réf.	—	8,2	(6,5 à 10,0)	Réf.	—
<b>Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19</b>												
Augmentation	13,3	(10,0 à 16,6)	1,5	(0,9 à 5,1)	9,7	(5,8 à 13,5)	2,7*	(1,5 à 5,1)	16,3	(11,0 à 21,7)	2,3*	(1,4 à 3,8)
Diminution	8,0	(5,0 à 10,9)	2,6*	(1,7 à 3,8)	7,8	(3,3 à 12,3)	2,3*	(1,0 à 5,1)	8,1	(4,6 à 11,5)	1,0	(0,5 à 1,8)
Aucun changement	6,0	(4,8 à 7,1)	Réf.	—	4,1	(2,7 à 5,5)	Réf.	—	7,7	(5,9 à 9,5)	Réf.	—

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
<b>Consommation de cannabis au cours du mois écoulé</b>												
Oui, tous les jours	15,2	(9,3 à 21,2)	2,5*	(1,5 à 4,1)	7,0	(2,1 à 12,0)	1,6	(0,7 à 3,7)	26,9	(15,1 à 38,6)	3,5*	(1,8 à 6,6)
Oui, moins d'une fois par jour	15,6	(10,9 à 20,3)	2,6*	(1,7 à 4,0)	12,4	(6,8 à 18,1)	2,4*	(1,2 à 4,8)	19,4	(11,6 à 27,3)	2,3*	(1,3 à 4,2)
Non	5,9	(4,9 à 6,9)	Réf.	—	4,4	(3,1 à 5,7)	Réf.	—	7,3	(5,8 à 8,8)	Réf.	—
<b>Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19</b>												
Augmentation	21,5	(15,0 à 28,1)	2,7*	(1,3 à 17,6)	13,0	(6,1 à 19,9)	2,7*	(1,2 à 6,0)	29,4	(18,6 à 40,1)	3,8*	(2,1 à 6,9)
Diminution	17,6	(7,9 à 27,4)	3,5*	(2,2 à 5,5)	15,0 <sup>F</sup>	(1,3 à 28,6)	3,1 <sup>E</sup>	(0,5 à 17,6)	20,7 <sup>E</sup>	(6,6 à 34,8)	2,2 <sup>E</sup>	(0,8 à 6,0)
Aucun changement	6,0	(5,1 à 7,0)	Réf.	—	4,6	(3,4 à 5,9)	Réf.	—	7,4	(5,9 à 8,9)	Réf.	—
<b>Préoccupations concernant la violence à la maison<sup>1</sup></b>												
Répondant s'étant identifié comme cible	33,8 <sup>E</sup>	(20,7 à 46,9)	1,9	(0,8 à 4,5)	— <sup>F</sup>	—	F	—	48,7 <sup>E</sup>	(30,8 à 66,7)	10,5 <sup>EE</sup>	(4,4 à 24,8)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	14,1 <sup>E</sup>	(4,6 à 23,7)	6,9*	(3,7 à 13,1)	— <sup>F</sup>	—	F	—	— <sup>F</sup>	—	— <sup>F</sup>	—
Aucune préoccupation	6,7	(5,6 à 7,7)	Réf.	—	5,2	(3,8 à 6,5)	Réf.	—	8,0	(6,5 à 9,5)	Réf.	—
<b>Répercussions de la COVID-19</b>												
<b>Perte d'emploi ou de revenu</b>												
Oui	15,2	(11,9 à 18,5)	2,8*	(2,0 à 3,9)	11,2	(7,3 à 15,0)	2,6*	(1,4 à 4,8)	19,8	(14,5 à 25,2)	2,5*	(1,6 à 3,8)
Non	5,0	(4,1 à 5,8)	Réf.	—	3,6	(2,5 à 4,6)	Réf.	—	6,1	(4,8 à 7,4)	Réf.	—
<b>Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels</b>												
Oui	21,3	(16,8 à 25,8)	4,1*	(2,8 à 5,8)	15,3	(10,1 à 20,5)	3,6*	(1,9 à 6,9)	27,7	(20,6 à 34,8)	4,3*	(2,7 à 6,9)
Non	4,9	(4,1 à 5,8)	Réf.	—	3,7	(2,6 à 4,9)	Réf.	—	6,0	(4,7 à 7,3)	Réf.	—
<b>Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue</b>												
Oui	15,5	(11,3 à 19,7)	2,5*	(1,7 à 3,8)	13,4	(7,8 à 19,0)	3,3*	(1,7 à 6,4)	17,1	(10,8 à 23,5)	5,3*	(2,8 à 9,9)
Non	6,5	(5,5 à 7,6)	Réf.	—	4,7	(3,4 à 6,0)	Réf.	—	8,2	(6,6 à 9,8)	Réf.	—
<b>Sentiments de solitude ou d'isolement</b>												
Oui	13,3	(11,3 à 15,3)	5,5*	(3,6 à 8,3)	10,7	(7,8 à 13,6)	5,3*	(2,8 à 9,9)	15,2	(12,4 à 18,0)	5,5*	(3,1 à 10,0)
Non	2,3	(1,6 à 3,1)	Réf.	—	2,0	(1,1 à 2,8)	Réf.	—	2,7	(1,5 à 4,0)	Réf.	—
<b>Détresse émotionnelle</b>												
Oui	15,5	(13,1 à 17,8)	8,4*	(5,6 à 12,8)	12,9	(9,5 à 16,3)	7,3*	(3,9 à 13,9)	17,1	(14,0 à 20,2)	9,1*	(4,9 à 16,6)
Non	1,7	(1,1 à 2,3)	Réf.	—	1,6	(0,9 à 2,4)	Réf.	—	1,8	(0,9 à 2,7)	Réf.	—
<b>Problèmes de santé physique</b>												
Oui	17,5	(14,7 à 20,2)	6,1*	(4,3 à 8,7)	11,3	(7,9 à 14,7)	3,1*	(1,7 à 5,7)	21,9	(18,0 à 25,8)	10,2*	(6,3 à 16,4)
Non	3,0	(2,2 à 3,8)	Réf.	—	3,5	(2,2 à 4,9)	Réf.	—	2,3	(1,5 à 3,2)	Réf.	—
<b>Difficultés dans les relations personnelles</b>												
Oui	18,7	(15,3 à 22,1)	4,8*	(3,4 à 6,7)	11,9	(7,9 à 16,0)	3,2*	(1,8 à 5,9)	24,2	(19,2 à 29,1)	6,4*	(4,2 à 9,7)
Non	4,2	(3,3 à 5,0)	Réf.	—	3,9	(2,6 à 5,2)	Réf.	—	4,4	(3,3 à 5,5)	Réf.	—
<b>Autres répercussions</b>												
Oui	15,7	(10,1 à 21,3)	1,9*	(1,1 à 3,1)	7,7 <sup>E</sup>	(2,3 à 13,1)	1,0 <sup>E</sup>	(0,3 à 3,0)	21,1	(12,3 à 29,9)	2,6*	(1,4 à 4,8)
Non	7,0	(6,0 à 8,1)	Réf.	—	5,5	(4,1 à 6,9)	Réf.	—	8,5	(6,9 à 10,2)	Réf.	—

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19**

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Nombre de répercussions de la COVID-19												
2 ou moins	1,5	(1,0 à 2,0)	Réf.	—	1,3	(0,7 à 1,9)	Réf.	—	1,7	(1,0 à 2,5)	Réf.	—
3 ou 4	13,0	(10,5 à 15,6)	8,7*	(5,7 à 13,2)	12,5	(8,4 à 16,7)	9,8*	(5,0 à 19,2)	13,4	(10,4 à 16,4)	8,0*	(4,6 à 13,9)
5 ou plus	31,3	(24,9 à 37,6)	23,7*	(14,4 à 38,9)	20,6	(12,4 à 28,7)	17,9*	(8,0 à 40,3)	38,9	(30,0 à 47,8)	26,5*	(13,6 à 51,7)

**Source des données :** Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, printemps (février à mai) 2021.

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., référence.

<sup>a</sup> Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

<sup>b</sup> Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

<sup>c</sup> Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

<sup>d</sup> Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

<sup>e</sup> Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

<sup>f</sup> Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)<sup>26</sup>.

<sup>g</sup> Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)<sup>27</sup>.

<sup>h</sup> Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé<sup>28</sup>.

<sup>i</sup> Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

\* Rapport de cotes statistiquement significatif, ajusté en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

<sup>e</sup> Utiliser avec circonspection. La qualité doit être évaluée à l'aide de l'intervalle de confiance.

<sup>f</sup> Donnée trop peu fiable pour être publiée.

<sup>x</sup> Donnée supprimée pour respecter les exigences en matière de confidentialité de la *Loi sur la statistique*.

montrent que l'ESPT est plus fréquent chez les adultes de genre féminin<sup>2,3</sup>, plus jeunes<sup>2,3,32</sup>, ayant un revenu inférieur<sup>2</sup> et vivant en milieu urbain<sup>32</sup>. En ce qui concerne le risque accru observé chez les jeunes, il concorde avec la tendance générale observée pendant la pandémie, selon laquelle les personnes de 18 à 34 ans ont fait état de manière disproportionnée d'une détérioration de leur santé mentale<sup>33</sup>. Par ailleurs, les agressions sexuelles sont fortement associées à l'ESPT<sup>3,34</sup>, mais les victimes d'agression sexuelle sont moins susceptibles que les victimes d'autres crimes de recevoir un soutien et une reconnaissance de la part d'autres personnes<sup>35</sup>. En conséquence, la prévalence élevée de l'ESPT chez les femmes de 18 à 24 ans concorde malheureusement avec les prévisions.

La prévalence d'un ESPT s'est révélée plus élevée chez les travailleurs de première ligne, dont les travailleurs de la santé et le personnel de la sécurité publique, que chez les membres d'autres groupes professionnels, ce qui concorde avec les résultats

des travaux de recherche menés avant la pandémie<sup>12</sup>. En outre, de nouvelles données ont mis en évidence le fait que les travailleurs de la santé ont connu des taux plus élevés d'ESPT pendant la pandémie<sup>36,37</sup>. Les résultats de notre étude montrent un risque accru d'ESPT uniquement chez les travailleurs de première ligne de genre masculin, ce qui contredit les résultats d'études antérieures<sup>12,37</sup>. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour permettre une meilleure compréhension des répercussions liées à la profession en fonction du genre.

Les résultats de cette étude concordent avec ceux d'études antérieures concernant les associations entre l'ESPT et la cohésion sociale au sein du quartier<sup>4</sup>, le soutien social<sup>38,39</sup> et les symptômes du trouble d'anxiété généralisée et de trouble de dépression majeure<sup>40</sup>. Ces résultats mettent également en évidence le niveau important de comorbidité psychiatrique chez les personnes souffrant d'un ESPT et font ressortir le rôle du soutien social comme facteur de protection.

La preuve d'une association accrue entre l'ESPT et les idées suicidaires par rapport à la période précédant la pandémie est potentiellement importante, mais il peut s'agir d'un artefact lié au moment de l'évaluation de l'ESPT. Les résultats actuels doivent être considérés dans le contexte des interrelations complexes qui existent entre l'ESPT, le trouble de dépression majeure et les idées suicidaires<sup>41</sup>. Il faut également mentionner que, si l'ESPT est un facteur de risque de décès par suicide<sup>42</sup>, une tentative de suicide est aussi un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique susceptible de provoquer des symptômes d'ESPT<sup>43</sup>.

Une prévalence accrue d'ESPT a été associée à une consommation plus fréquente d'alcool de façon excessive, à une consommation plus fréquente de cannabis et à une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie. Le lien entre l'ESPT et la consommation de substances est complexe. Les personnes souffrant d'ESPT ont souvent recours à l'alcool ou au cannabis

pour gérer leurs symptômes, mais le mésusage de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances peut également augmenter les risques d'exposition à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique<sup>44</sup> et exacerber les symptômes d'un ESPT<sup>45</sup>. Chez les femmes, la consommation quotidienne de cannabis a été associée à une prévalence particulièrement élevée d'ESPT par rapport à une consommation moins que quotidienne. Les raisons expliquant cette différence entre les genres ne sont pas claires, mais la consommation régulière de cannabis a été liée à des expériences de traumatismes sexuels chez les femmes<sup>46</sup>. Bien que nos observations concernant une diminution de la consommation d'alcool et de cannabis puissent sembler paradoxales, la baisse de consommation constatée chez les personnes faisant état d'une forte consommation et chez qui l'ESPT était plus fréquent pourrait être le reflet d'une meilleure prise de conscience de la nature problématique de la consommation antérieure.

En ce qui concerne les préoccupations relatives à la violence au sein du foyer et la prévalence d'un ESPT, nos observations font ressortir une différence importante entre les genres. La prévalence d'un ESPT était similaire chez les hommes indépendamment de la cible de la violence (le répondant lui-même ou une autre personne). En revanche, chez les femmes, la prévalence d'un ESPT était nettement plus élevée lorsqu'elles étaient elles-mêmes la cible de la violence que lorsqu'il s'agissait d'un autre membre du ménage. Cela reflète probablement le fait qu'au Canada, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'être victimes de violence de la part d'un partenaire intime<sup>47</sup>, et plus particulièrement de violence sexuelle<sup>48</sup>, ce qui est un prédicteur clé de l'ESPT chez les femmes victimes d'abus<sup>49</sup>.

La mesure dans laquelle la pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur la prévalence de l'ESPT n'est pas claire. Nous avons observé une prévalence accrue d'un ESPT chez les participants dont la santé mentale s'était dégradée pendant la pandémie et nous avons identifié plusieurs facteurs de risque potentiels liés à la pandémie pour l'ESPT. Sur l'ensemble des périodes de collecte des données, nous avons constaté une dégradation générale de la santé mentale, une augmentation notable (bien que statistiquement non significative) de la prévalence de l'ESPT

dans l'ensemble, et une prévalence accrue de l'ESPT en lien avec une perte d'emploi ou de revenus due à la pandémie. Ces résultats font ressortir la nature dynamique de la pandémie de COVID-19, notamment la variabilité au fil du temps de ses répercussions sociales et économiques sur la société, ainsi que ses effets potentiels sur la prévalence de l'ESPT. Toutefois, les associations sont vraisemblablement bidirectionnelles, car la présence de symptômes préexistants d'ESPT pourrait augmenter le risque de répercussions liées à la pandémie. Par exemple, la mort soudaine et inattendue d'un être cher serait à l'origine d'environ le tiers des cas d'ESPT au cours de la vie<sup>1</sup>.

Indépendamment des relations de cause à effet entre les répercussions de la pandémie et l'ESPT, nos résultats montrent que les personnes souffrant d'ESPT ont souvent été fortement affectées par la pandémie. Il faudra mener d'autres travaux de recherche, avec des données d'enquêtes canadiennes plus récentes, afin d'explorer la nature des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique et de fournir un contexte supplémentaire à la prévalence déterminée à l'aide d'outils de dépistage.

### Points forts et limites

Les principaux points forts de notre étude sont l'utilisation d'un vaste échantillon représentatif de la population canadienne, ce qui améliore la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, ainsi que la quantification du risque d'ESPT tout en tenant compte des facteurs de confusion possibles.

Toutefois, l'interprétation des résultats de notre étude doit se faire en prenant en considération certaines limites importantes. Tout d'abord, l'enquête était transversale et les réponses étaient autodéclarées, ce qui limite les hypothèses directionnelles au sujet des effets existant entre les variables et favorise les biais tels que le biais de désirabilité sociale ou de rappel. Deuxièmement, certains sous-groupes de population ont été exclus de l'ECSM, ce qui limite les possibilités de généralisation à l'ensemble de la population canadienne. Troisièmement, il existe d'autres croisements importants qui pourraient être explorés sur le plan de l'ESPT. Dans notre étude, nous nous en sommes tenu au croisement des variables avec le genre, mais nous n'avons pas pu identifier de sous-groupes

de population plus précis susceptibles de courir un risque plus élevé. Quatrièmement, le fait que nous ayons utilisé une seule question pour déterminer la présence d'un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique plutôt que la LEC-5<sup>22</sup> peut avoir eu une incidence sur les estimations de la prévalence de l'ESPT. Enfin, bien que nous ayons utilisé le seuil recommandé pour les scores associés à la PCL-5, cette méthode peut mener à la détection de faux cas d'ESPT (c.-à-d. des faux positifs) puisque l'accent n'est pas mis sur des critères cliniques. En effet, les analyses de sensibilité ont révélé que notre méthode de notation entraînait une estimation considérablement moins élevée de la prévalence globale (5,6 %). Nous avons présenté ces résultats en tant que matériel complémentaire à l'adresse [https://osf.io/gvbn6/?view\\_only=c031ae386f364de4a1064d7bb6d9c8ea](https://osf.io/gvbn6/?view_only=c031ae386f364de4a1064d7bb6d9c8ea) [en anglais seulement] afin de fournir un contexte et de favoriser les discussions sur les meilleures pratiques à adopter au moment d'utiliser la PCL-5 pour mesurer la prévalence de l'ESPT.

## Conclusion

Cette étude fournit un aperçu de la prévalence de l'ESPT au Canada en fonction de nombreuses caractéristiques, identifie les groupes courant un risque accru d'ESPT et met en évidence l'interaction entre les répercussions négatives de la pandémie de COVID-19 et les symptômes de l'ESPT. Nos résultats peuvent s'avérer importants pour les décideurs, car ils mettent en lumière le fardeau associé à l'ESPT au Canada et peuvent contribuer à orienter l'élaboration d'interventions ciblées et de systèmes de soutien pour les groupes à risque élevé, en particulier dans le contexte d'un événement touchant la santé publique.

## Remerciements

L'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada ont conçu l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), et Statistique Canada l'a mise en œuvre. Les données présentées dans le présent article sont tirées des cycles 1 et 2 de l'ECSM, de l'automne 2020 et du printemps 2021.

## Financement

La présente étude a été entièrement financée par l'Agence de la santé publique du Canada.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

MW : Conception, analyse formelle, organisation des données, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

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

AMR : relectures et révisions.

RNC : relectures et révisions.

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

## Références

1. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther.* 2008;14(3):171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
2. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2017;47(13):2260-2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
3. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson; 2015.
4. Monson E, Brunet A, Caron J. Domains of quality of life and social support across the trauma spectrum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015; 50(8):1243-1248. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1029-y>
5. Weeks M, Garber BG, Zamorski MA. Disability and mental disorders in the Canadian Armed Forces. *Can J Psychiatry.* 2016;61(1 Suppl):56S-63S. <https://doi.org/10.1177/0706743716628853>
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
7. Conference Board of Canada. Mental health issues in the labour force: reducing the economic impact on Canada. Ottawa (Ont.): Conference Board of Canada; 2012.
8. Prati G, Pietrantonio L. The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: a meta-analytic review. *J Community Psychol.* 2010;38(3):403-417. <https://doi.org/10.1002/jcop.20371>
9. Thomas E, Saumier D, Brunet A. Peritraumatic distress and the course of posttraumatic stress disorder symptoms: a meta-analysis. *Can J Psychiatry.* 2012; 57(2):122-129. <https://doi.org/10.1177/070674371205700209>
10. McGinty G, Fox R, Ben-Ezra M, Cloitre M, Karatzias T, Shevlin M, et al. Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: an analysis of four general population samples. *Eur Psychiatry.* 2021;64(1):e66. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>
11. Til LV, Sweet J, Poirier A, McKinnon K, Pedlar D, Sudom K, et coll. Bien-être des vétérans de la Force régulière, conclusions des EVASM 2016. Charlottetown (Î.-P.-É.) : Anciens Combattants Canada; 2017 [Catalogue No.: V32-340/2017F-PDF]. En ligne à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2017/acc-vac/V32-340-2017-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/acc-vac/V32-340-2017-fra.pdf)
12. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Duranceau S, LeBouthillier DM, et al. Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *Can J Psychiatry.* 2018;63(1): 54-64. <https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
13. Stelnicki AM, Carleton RN. Mental disorder symptoms among nurses in Canada. *Can J Nurs Res.* 2021;53(3): 264-276. <https://doi.org/10.1177/0844562120961894>
14. Weeks M, Park S-B, Ghanem S, Plebon-Huff S, Robert A-M, MacKay H, et al. A systematic review of the prevalence of posttraumatic stress disorder reported in Canadian studies. In: Ricciardelli R, Bornstein S, Hall A, Carleton RN, editors. Handbook of posttraumatic stress: psychosocial, cultural, and biological perspectives. Abingdon-on-Thames (UK): Routledge/Taylor & Francis Group; 2021. p. 38-108.
15. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 10 janv. 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330)
16. Agence de la santé publique du Canada. La maladie mentale pendant la pandémie – Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (Cycles 1 et 2) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 10 janv. 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/enquete-sante-mentale/>
17. Lei L, Zhu H, Li Y, Dai T, Zhao S, Zhang X, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorders and associated factors one month after the outbreak of the COVID-19 among the public in southwestern China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1):545. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03527-1>
18. Sun L, Shang Z, Wu L, Pan X, Sun L, Ouyang H, et al. One-quarter of COVID-19 patients developed PTSD symptoms: a one-year longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2023;323:115161. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115161>
19. Hong S, Kim H, Park MK. Impact of COVID-19 on post-traumatic stress symptoms in the general population: an integrative review. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(4):834-846. <https://doi.org/10.1111/inm.12875>
20. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Njai R, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic — United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>

21. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) [Internet]. Washington (DC): National Center for PTSD; 2013 [consultation le 28 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
22. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. The life events checklist for DSM-5 (LEC-5) [Internet]. Washington (DC): National Center for PTSD; 2013 [consultation le 2 janv. 2024]. En ligne à : [www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life\\_events\\_checklist.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp)
23. Mawani FN, Gilmour H. Validation of self-rated mental health. *Health Rep.* 2010;21(3):61-75.
24. Statistique Canada. La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 1<sup>er</sup> mai 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200527/dq200527b-fra.htm>
25. Statistique Canada. Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort, selon le groupe d'âge; 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [consultation le 15 juill. 2024]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
27. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
28. Statistique Canada. Feuilles d'information de la santé – Consommation abusive d'alcool, 2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 15 juill. 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00007-fra.htm>
29. Statistics Canada. Abridged micro-data user guide: Survey on COVID-19 and Mental Health 2020 and 2021. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021.
30. Statistique Canada. Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, août à décembre 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 13 nov. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.htm>
31. Statistique Canada. Indicateurs de la santé mentale [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014 [consultation le 13 nov. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310046501>
32. Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open.* 2020;6(6):e125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
33. Capaldi CA, Liu L, Ooi LL, Roberts KC. 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>
34. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse.* 2009;10(3):225-246. <https://doi.org/10.1177/1524838009334456>
35. van der Velden PG, Komproue I, Contino C, de Bruijne M, Kleber RJ, Das M, et al. Which groups affected by Potentially Traumatic Events (PTEs) are most at risk for a lack of social support? A prospective population-based study on the 12-month prevalence of PTEs and risk factors for a lack of post-event social support. *PLoS One.* 2020;15(5):e0232477. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232477>
36. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(3):e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
37. Sahebi A, Yousefi A, Abdi K, Jamshidbeigi Y, Moayedi S, Mercedes Torres M, et al. The prevalence of post-traumatic stress disorder among health care workers during the COVID-19 pandemic: an umbrella review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2021;12:764738. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.764738>
38. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun.* 2020;87:172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
39. Vig KD, Mason JE, Carleton RN, Asmundson GJ, Anderson GS, Groll D. Mental health and social support among public safety personnel. *Occup Med (Lond).* 2020;70(6):427-433. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa129>
40. Qassem T, Aly-ElGabry D, Alzarouni A, Abdel-Aziz K, Arnone D. Psychiatric co-morbidities in post-traumatic stress disorder: detailed findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey in the English population. *Psychiatr Q.* 2021;92(1):321-330. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09797-4>
41. Briere J, Kwon O, Semple RJ, Godbout N. Recent suicidal ideation and behavior in the general population: the role of depression, posttraumatic stress, and reactive avoidance. *J Nerv Ment Dis.* 2019;207(5):320-325. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000976>
42. Fox V, Dalman C, Dal H, Hollander AC, Kirkbride JB, Pitman A. Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: a cohort study of 3.1 million people in Sweden. *J Affect Disord.* 2021;279:609-616. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.009>

- 
43. Stanley IH, Boffa JW, Joiner TE. PTSD From a suicide attempt: phenomenological and diagnostic considerations. *Psychiatry*. 2019;82(1):57-71. <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1485373>
  44. Smith ND, Cottler LB. The epidemiology of post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder. *Alcohol Res*. 2018;39(2):113-120.
  45. Lee JY, Brook JS, Finch SJ, Brook DW. Trajectories of cannabis use beginning in adolescence associated with symptoms of posttraumatic stress disorder in the mid-thirties. *Subst Abus*. 2018;39(1):39-45. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1363121>
  46. Browne KC, Dolan M, Simpson TL, Fortney JC, Lehavot K. Regular past year cannabis use in women veterans and associations with sexual trauma. *Addict Behav*. 2018;84:144-150. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.04.007>
  47. Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2019 – Section 3 : Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police, 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 29 mai 2023]. N° 85-002-X au catalogue. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00001/03-fra.htm>
  48. Cotter A. Violence entre partenaires intimes au Canada, 2018 : un aperçu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modification le 26 avr. 2021; consultation le 13 déc. 2023]. N° 85-002-X au catalogue. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00003-fra.htm>
  49. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(1):181-193. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>

# Recherche quantitative originale

## Mise en œuvre d'une politique pour une génération sans tabac au Canada : estimation des répercussions à long terme

Doug Coyle, Ph. D.

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

Article de recherche par Coyle D dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Résumé

**Introduction.** L'étude visait à évaluer les répercussions potentielles de l'adoption d'une politique pour une génération sans tabac (PGST) au Canada interdisant la vente à vie de cigarettes aux personnes nées après 2009, qui entrerait en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

**Méthodologie.** Un modèle canadien antérieur pour l'arrêt de l'usage du tabac a été adapté et amélioré pour évaluer les répercussions d'une PGST sur les années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), l'espérance de vie, les coûts des soins de santé, les taxes sur le tabac et le produit intérieur brut (PIB) de l'industrie canadienne du tabac. Les répercussions cumulatives de cette politique pour l'ensemble de la population canadienne ont été évaluées pour des horizons temporels allant jusqu'à 90 ans avec un taux d'actualisation annuel de 1,5 %.

**Résultats.** Sur un horizon de 50 ans, une PGST conduirait à 476 814 AVAQ de plus, ainsi qu'à des diminutions de 2,3 milliards de dollars des coûts en santé, de 7,4 milliards de dollars des taxes sur les produits du tabac et de 3,1 milliards de dollars du PIB généré par l'industrie du tabac. La valeur combinée des avantages pour la santé obtenus et des coûts des soins de santé évités dépasserait la somme des recettes fiscales perdues et de la réduction du PIB si la valeur d'une AVAQ était d'au moins 17 147 \$. L'utilisation de taux d'actualisation plus élevés et l'inclusion des coûts de santé non liés ont eu peu de répercussions sur l'interprétation des résultats.

**Conclusion.** La mise en œuvre d'une PGST procurera des avantages considérables pour la santé de la population canadienne. Bien que les économies réalisées sur les coûts des soins de santé soient inférieures à la combinaison des pertes de recettes fiscales et de la baisse du PIB généré par l'industrie canadienne du tabac, la valeur des avantages pour la santé l'emporte sur les effets négatifs.

**Mots-clés :** *tabagisme, politique de santé, génération sans tabac*

### Points saillants

- Une politique pour une génération sans tabac consiste à interdire la vente à vie de produits du tabac aux personnes nées après une date donnée.
- Les répercussions d'une politique pour une génération sans tabac sur les années de vie ajustées en fonction de la qualité, l'espérance de vie, les coûts des soins de santé, les taxes sur le tabac et le produit intérieur brut généré par l'industrie canadienne du tabac ont été évaluées pour une période allant jusqu'à 90 ans.
- La mise en œuvre d'une politique pour une génération sans tabac procure des avantages considérables en matière de santé et permet de réaliser d'importantes économies sur les coûts des soins de santé.

### Introduction

Bien que la prévalence de l'usage du tabac ait diminué de façon constante au cours des 50 dernières années, la proportion de Canadiens qui fument quotidiennement a connu une légère augmentation, passant de 8,4 % à 9,1 % en 2022<sup>1</sup>. Malgré la diminution de cette prévalence, le tabagisme demeure une cause importante de maladies et de décès évitables au Canada<sup>2</sup>.

L'objectif actuel de la politique du gouvernement fédéral est de réduire la prévalence de la consommation de tabac à moins de 5 % d'ici 2035<sup>3</sup>. La stratégie vise, d'une part, à aider les fumeurs à cesser de fumer et, d'autre part, à prévenir la dépendance au tabagisme chez les non-fumeurs, en particulier les jeunes. Il existe toutefois des variations entre les provinces pour ce qui est des initiatives favorisant l'arrêt du tabac, notamment l'âge minimum

légal pour acheter des produits du tabac (qui varie entre 18 et 21 ans).

Malgré les restrictions sur la vente de produits du tabac, les réponses à l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves de 2018-2019 montrent que 3 % des élèves de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année (ayant entre 11 et 18 ans) fumaient<sup>4</sup>. En outre, 58 % des élèves ont répondu qu'il serait « assez facile » ou « très facile » de se procurer une cigarette

### Rattachement de l'auteur :

École d'épidémiologie et de santé publique, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

**Correspondance :** Doug Coyle, École d'épidémiologie et de santé publique, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, 600, croissant Peter Morand, bureau 301K, Ottawa (Ontario) K1G 5Z3; tél. : 613-562-5410; courriel : [dcoyle@uottawa.ca](mailto:dcoyle@uottawa.ca)

s'ils en voulaient une<sup>4</sup>. À l'âge de 18 ans, 7,5 % des répondants et 4,6 % des répondantes ont déclaré fumer quotidiennement<sup>4</sup>.

Dans diverses administrations partout dans le monde, on a envisagé d'instaurer une politique pour une génération sans tabac (PGST) afin de limiter le tabagisme<sup>5,6</sup>. Une PGST consiste à interdire la vente à vie de produits du tabac aux personnes nées après une date donnée. Le problème avec le maintien de la législation actuelle est que les personnes n'ayant pas l'âge légal d'acheter des produits du tabac commencent néanmoins à fumer et que les personnes visées par les mesures de protection atteignent l'âge où les mesures de restriction à la vente ne sont plus valides. Une PGST peut remédier à ces deux problèmes.

Un modèle de Markov servant à évaluer les répercussions de l'arrêt de l'usage du tabac au Canada a été adapté pour déterminer les répercussions d'une PGST sur l'espérance de vie, les années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), les coûts des soins de santé associés au tabagisme, les taxes imposées sur le tabac et le produit intérieur brut (PIB) du Canada.

## Méthodologie

### Approche analytique

On a utilisé une approche semblable à celle d'une analyse précédente qui a étudié les répercussions du vapotage chez les adolescents sur le fait de commencer à fumer et les répercussions ultérieures sur les AVAQ et les coûts<sup>7</sup>. Le modèle révisé utilise la même approche pour modéliser le début, l'arrêt et la rechute de l'usage du tabac et porte sur l'état de santé en fonction des catégories de tabagisme<sup>7</sup>. Il simule l'évolution d'une population canadienne de 15 ans et plus et la transition des personnes entre les catégories suivantes : personnes n'ayant jamais fumé, fumeurs, anciens fumeurs et décès. Le modèle prédit aux six mois quelle proportion de la cohorte sera dans chacune des catégories. Le nombre de garçons et de filles de 15 ans en 2025 est basé sur les données du dernier recensement ajustées en fonction de la mortalité et de l'immigration<sup>8-10</sup>.

Toutes les données utilisées dans l'analyse sont présentées dans le tableau 1.

### Analyse comparative

Deux scénarios ont été comparés : 1) le maintien du statu quo, où aucune PGST

n'est mise en œuvre et où l'adoption et le maintien de l'usage du tabac pendant la période définie dans le modèle sont déterminés par les taux actuels de début et d'arrêt de l'usage du tabac propres à l'âge et au genre et (2) l'instauration d'une PGST prévoyant une interdiction à vie, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, de la vente de cigarettes à toute personne née après 2009 et visant à prévenir l'usage du tabac chez les Canadiens nés après 2009.

Malgré les restrictions d'âge actuelles concernant l'achat de produits du tabac, l'usage du tabac semble commencer au cours des premières années de l'adolescence. Pour tenir compte de l'accès potentiel au tabac des jeunes adolescents au cours des premières années suivant la mise en œuvre de la PGST, deux analyses de scénarios ont été réalisées : la première suppose un délai de cinq ans au cours duquel les personnes nées entre 2009 et

**TABLEAU 1**  
Données exhaustives pour le modèle de Markov stratifiées en fonction du genre : probabilités de transition, prévalence des maladies, risques relatifs, coûts et valeurs d'utilité

Âge (en années)	Hommes	Femmes	Âge (en années)	Hommes	Femmes
<b>Probabilité de commencer à fumer dans les 6 mois</b>			<b>Prévalence du cancer du poumon</b>		
15 à 17	0,0067	0,00272	< 45	0,00004	0,00004
18 à 19	0,00735	0,00695	45 à 54	0,00086	0,00106
20 à 24	0,00785	0,00336	55 à 64	0,00394	0,00388
25 à 29	0,00275	0,00105	65 à 74	0,01036	0,00913
30 à 34	0,000001	0,000001	75 à 84	0,01715	0,01273
35 à 39	0,000001	0,000001	≥ 85	0,01736	0,00917
40 à 44	0,000001	0,00096	<b>Prévalence des AVC</b>		
45 à 49	0,000001	0,000001	20 à 34	0,00118	0,00143
50 à 54	0,000001	0,000001	35 à 49	0,00572	0,00648
55 à 59	0,000001	0,000001	50 à 64	0,02441	0,02048
60 à 64	0,000001	0,000001	65 à 79	0,07701	0,05942
65 à 69	0,000001	0,000001	≥ 80	0,18326	0,16371
70 à 74	0,000001	0,000001	<b>Prévalence de la coronaropathie</b>		
75 à 79	0,000001	0,000001	20 à 34	0,00256	0,00207
≥ 80	0,000001	0,000001	35 à 49	0,02051	0,01231
<b>Probabilité de cesser de fumer dans les 6 mois</b>			50 à 64	0,10480	0,05616
15 à 17	0,3	0,176	65 à 79	0,28235	0,16995
18 à 19	0,143	0,164	≥ 80	0,46176	0,34595
20 à 24	0,1113	0,0979	<b>Prévalence de la MPOC</b>		
25 à 29	0,1513	0,0788	35 à 39	0,009	0,009
30 à 34	0,0682	0,0825	40 à 44	0,025	0,025
35 à 39	0,0883	0,0648	45 à 49	0,044	0,048
40 à 44	0,093	0,0749	50 à 54	0,069	0,074
45 à 49	0,0636	0,0592	55 à 59	0,093	0,094
50 à 54	0,0638	0,0345	60 à 64	0,119	0,115
55 à 59	0,0447	0,049	65 à 69	0,154	0,144
60 à 64	0,0796	0,0562	70 à 74	0,197	0,175
65 à 69	0,087	0,0665	75 à 79	0,242	0,2
70 à 74	0,012	0,0404	80 à 84	0,284	0,222
75 à 79	0,046	0,00009	≥ 85	0,315	0,236
≥ 80	0,0958	0,038			
<b>Probabilité de recommencer à fumer dans les 6 mois</b>					
	0,011	0,011			

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Données exhaustives pour le modèle de Markov stratifiées en fonction du genre : probabilités de transition, prévalence des maladies, risques relatifs, coûts et valeurs d'utilité**

Âge (en années)	Hommes	Femmes	Âge (en années)	Hommes	Femmes	Âge (en années)	Hommes	Femmes
<b>Risques relatifs</b>			<b>Fumeurs</b>			51	0,00311	0,00198
Cancer du poumon – fumeurs	8,05	7,32	16 à 24	0,92	0,89	52	0,00339	0,00215
Cancer du poumon – anciens fumeurs	3,08	2,92	25 à 34	0,91	0,88	53	0,00369	0,00234
MPOC – fumeurs	4,11	3,28	35 à 44	0,89	0,87	54	0,00403	0,00254
MPOC – anciens fumeurs	2,87	2,02	45 à 54	0,84	0,83	55	0,00439	0,00277
AVC – fumeurs	1,67	1,83	55 à 64	0,78	0,76	56	0,0048	0,00302
AVC – anciens fumeurs	1,08	1,17	65 à 74	0,76	0,75	57	0,00524	0,0033
Coronaropathie – fumeurs	1,6	1,7	> 75	0,71	0,68	58	0,00573	0,0036
Coronaropathie – anciens fumeurs	1,1	1,4	<b>Probabilité de décès dans l'année</b>			59	0,00627	0,00394
Décès – anciens fumeurs	2,24	2,29	15	0,00024	0,00017	60	0,00686	0,00432
Décès – fumeurs	1,3	1,35	16	0,00033	0,00022	61	0,00751	0,00473
<b>Coûts associés à la maladie dans les 6 mois (en \$)</b>			17	0,00042	0,00026	62	0,00823	0,00519
Cancer du poumon	10 052	10 164	18	0,0005	0,00028	63	0,00903	0,00571
MPOC	3 251	3 521	19	0,00057	0,00028	64	0,00991	0,00627
AVC	8 220	8 220	20	0,00064	0,00029	65	0,01088	0,00691
Coronaropathie	2 235	2 235	21	0,00071	0,0003	66	0,01196	0,00761
<b>Valeurs d'utilité</b>			22	0,00076	0,00031	67	0,01315	0,0084
<b>Non-fumeurs</b>			23	0,00081	0,00032	68	0,01447	0,00928
16 à 24	0,95	0,93	24	0,00084	0,00034	69	0,01593	0,01025
25 à 34	0,95	0,91	25	0,00087	0,00036	70	0,01755	0,01135
35 à 44	0,92	0,9	26	0,00089	0,00038	71	0,01934	0,01257
45 à 54	0,88	0,86	27	0,00092	0,0004	72	0,02134	0,01394
55 à 64	0,82	0,8	28	0,00095	0,00042	73	0,02355	0,01548
65 à 74	0,79	0,79	29	0,00098	0,00045	74	0,02602	0,0172
> 75	0,74	0,71	30	0,00101	0,00047	75	0,02875	0,01914
<b>Anciens fumeurs</b>			31	0,00104	0,0005	76	0,0318	0,02131
16 à 24	0,93	0,91	32	0,00107	0,00052	77	0,03519	0,02376
25 à 34	0,93	0,9	33	0,0011	0,00054	78	0,03897	0,02652
35 à 44	0,91	0,89	34	0,00113	0,00057	79	0,04319	0,02963
45 à 54	0,86	0,85	35	0,00115	0,00059	80	0,04789	0,03313
55 à 64	0,8	0,78	36	0,00119	0,00061	81	0,05314	0,03709
65 à 74	0,78	0,77	37	0,00123	0,00065	82	0,059	0,04157
> 75	0,74	0,7	38	0,00128	0,00069	83	0,06555	0,04664
			39	0,00134	0,00074	84	0,07287	0,05238
			40	0,00141	0,0008	85	0,08106	0,05889
			41	0,0015	0,00087	86	0,09024	0,06627
			42	0,00159	0,00094	87	0,10051	0,07466
			43	0,0017	0,00103	88	0,11203	0,0842
			44	0,00181	0,00111	89	0,12495	0,09506
			45	0,00194	0,00121	90	0,13946	0,10743
			46	0,00209	0,00132	91	0,15535	0,12121
			47	0,00225	0,00143	92	0,1723	0,13613
			48	0,00243	0,00155	93	0,19026	0,1522
			49	0,00263	0,00168	94	0,20917	0,16939
			50	0,00286	0,00182	95	0,2303	0,18813

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1 (suite)**

**Données exhaustives pour le modèle de Markov stratifiées en fonction du genre : probabilités de transition, prévalence des maladies, risques relatifs, coûts et valeurs d'utilité**

Âge (en années)	Hommes	Femmes
96	0,2506	0,20746
97	0,27158	0,22783
98	0,29308	0,24911
99	0,31492	0,27115
100	0,33693	0,29378
101	0,3589	0,31677
102	0,38065	0,33993
103	0,40199	0,36302
104	0,42277	0,38583

**Sources :** Statistique Canada<sup>8,11</sup>; Krall et al.<sup>12</sup>; Lariscy et al.<sup>13</sup>; Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) de l'Agence de la santé publique du Canada<sup>14</sup>; Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer<sup>15</sup>; O'Keeffe et al.<sup>16</sup>; Forey et al.<sup>17</sup>; Shields et al.<sup>18</sup>; Peters et al.<sup>19</sup>; Chen et al.<sup>20</sup>; de Oliveira et al.<sup>21</sup>; Tam-Tham et al.<sup>22</sup>; Coyle et al.<sup>23</sup>; Vogl et al.<sup>24</sup>

**Abréviations :** AVC, accident vasculaire cérébral; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique.

2013 pourraient se procurer du tabac illégalement malgré les restrictions d'une PGST entrant en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 et la seconde suppose la mise en œuvre d'une PGST qui réduirait le taux d'usage du tabac de 90 % plutôt que de 100 % au sein des cohortes d'âge concernées.

### Conception du modèle

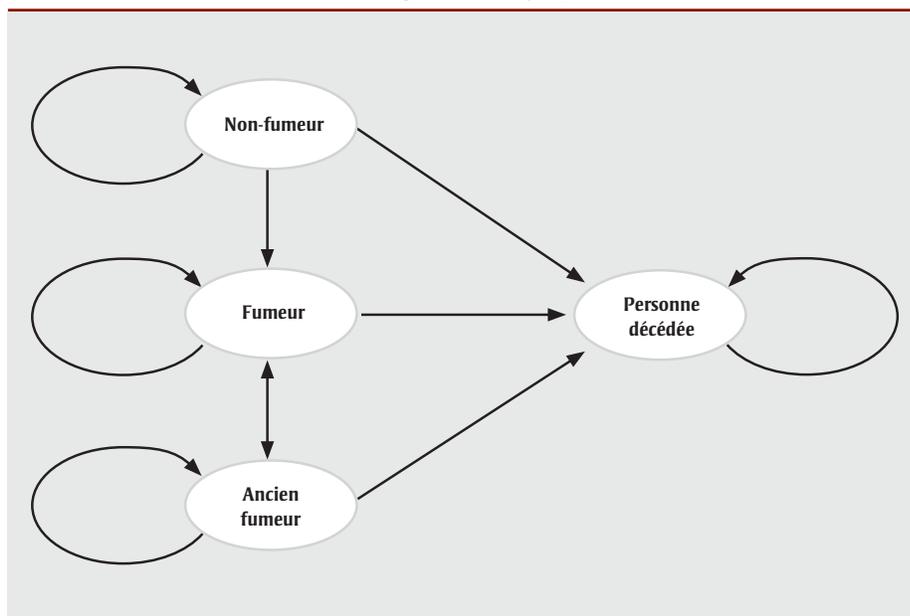
Des modèles de Markov pour les hommes et les femmes ont été élaborés pour modéliser la transition d'une cohorte de population entre les catégories de fumeur, d'ancien fumeur, de personne n'ayant jamais fumé (non-fumeur) et de personne décédée, de l'âge de 15 ans jusqu'au décès (figure 1). Les données ont été stratifiées selon le genre en raison des différents paramètres d'entrée relatifs au début de l'usage du tabac, à son arrêt, aux valeurs d'utilité et aux données sur la mortalité sous-jacente. Le modèle permet d'estimer les répercussions cumulatives sur l'espérance de vie, les AVAQ, les coûts des soins de santé, les recettes fiscales et le PIB pour un horizon allant jusqu'à 90 ans.

### Transitions

Dans le cas du scénario sans PGST, il a fallu calculer les probabilités propres à l'âge et au genre pour qu'une personne

**FIGURE 1**

**Schéma illustrant le modèle de Markov pour la transition d'une cohorte de population entre les catégories de fumeur, d'ancien fumeur, de personne n'ayant jamais fumé et de personne décédée, de l'âge de 15 ans jusqu'au décès**



passer de la catégorie de personne n'ayant jamais fumé à la catégorie de fumeur (« début »), de celle de fumeur à celle d'ancien fumeur (« arrêt ») et de celle d'ancien fumeur à celle de fumeur (« rechute »). Les probabilités pour le début et l'arrêt de l'usage du tabac sont issues des données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2017<sup>11</sup>, tandis que la probabilité de rechute à long terme après l'arrêt du tabac est basée sur les données de Krall et ses collaborateurs<sup>12</sup>. Dans le cas du scénario de mise en œuvre d'une PGST, on a supposé dans l'analyse de base (primaire) qu'après l'instauration de la politique, toutes les personnes demeureraient jusqu'à leur décès dans la catégorie des personnes n'ayant jamais fumé.

Les probabilités de décès au bout de six mois pour chaque cohorte d'âge et de genre en fonction du tabagisme ont été calculées grâce à un processus d'étalonnage en utilisant les données sur la mortalité de Statistique Canada, la catégorie actuelle de tabagisme tirée des données de l'ECTAD et le risque relatif de décès selon la catégorie de tabagisme<sup>13</sup>.

### Coûts imputables aux maladies liées au tabagisme

L'analyse de base se concentre sur les coûts des soins de santé imputables aux

quatre maladies liées au tabagisme qui contribuent ensemble pour 75 % à la mortalité associée au tabagisme dans les pays développés : la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la coronaropathie, l'accident vasculaire cérébral (AVC) et le cancer du poumon<sup>25</sup>. Les probabilités de souffrir de chacune de ces maladies au bout de six mois pour chaque cohorte d'âge et de genre selon la catégorie de tabagisme ont été calculées grâce à un processus d'étalonnage utilisant les données sur la prévalence, les données sur le tabagisme actuel et le risque relatif de maladie en fonction de la catégorie de tabagisme. Dans le cas des MPOC, des coronaropathies et des AVC, les taux de prévalence propres au genre et à l'âge ont été obtenus à partir des données sur la population canadienne<sup>14</sup>. En raison de l'absence de données sur la prévalence du cancer du poumon, on a estimé la prévalence de cette maladie en divisant les données disponibles sur l'incidence par les estimations de l'espérance de vie moyenne<sup>15</sup>. Les risques relatifs de maladie en fonction des catégories de tabagisme sont tirés de la littérature<sup>16-19</sup>.

Les coûts moyens sur six mois associés à chacune des maladies au Canada ont été obtenus à l'aide de la littérature disponible<sup>20-23</sup>. Les coûts ont été estimés en dollars canadiens de 2023, avec ajustements, le cas échéant, au moyen de la feuille de

calcul de l'inflation de la Banque du Canada<sup>26</sup>.

### Coûts supplémentaires des soins de santé

Le fait de retarder le décès et d'éviter les maladies liées au tabagisme peut entraîner une augmentation des dépenses de santé pour d'autres problèmes de santé. Une analyse de scénario a donc été réalisée pour inclure les coûts des soins de santé non rattachés aux maladies liées au tabagisme. On a calculé les valeurs des coûts supplémentaires des soins de santé sur six mois en appliquant des valeurs différentielles selon si les individus sont décédés durant le cycle ou ont survécu<sup>27,28</sup>. Ces valeurs ont été obtenues en ajustant les estimations disponibles des coûts annuels des soins de santé par groupe d'âge et par genre et en ajustant les coûts des soins de santé au cours de la dernière année de vie en fonction de la prévalence des maladies liées au tabagisme et de leurs coûts connexes et en fonction des taux de mortalité par groupe d'âge et par genre.

### Valeurs d'utilité

Les valeurs d'utilité correspondent aux préférences individuelles à l'égard de différents états de santé sur une échelle de 0 à 1, où 0 représente le décès et 1 une parfaite santé. Les valeurs d'utilité propres à l'âge et au genre en fonction des catégories de tabagisme ont été obtenues auprès de Vogl et ses collaborateurs<sup>24</sup>. Ces valeurs intègrent les répercussions des maladies associées au tabagisme sur la qualité de vie liée à la santé. De ce fait, les autres inconvénients associés aux quatre maladies liées au tabagisme ont été exclus, car les inclure aurait conduit à un double comptage des répercussions du tabagisme.

### PIB de l'industrie du tabac

Le PIB de l'industrie du tabac est une mesure du produit total généré grâce à la production de biens et de services liés au tabac. La valeur actuelle du PIB de l'industrie canadienne du tabac a été divisée par le nombre estimé de fumeurs au Canada pour obtenir une contribution annuelle moyenne des fumeurs au PIB de 711,25 \$<sup>29</sup>.

### Taxes sur le tabac

La taxe moyenne sur le tabac payée par un fumeur au Canada a été estimée à 1685 dollars par an<sup>30</sup>.

### Analyse

Le modèle a calculé les répercussions de l'adoption d'une PGST pour chaque année de l'analyse dans toutes les cohortes d'années de naissance concernées. Dans le cas de l'année 1 (2025), les résultats ont été évalués pour les personnes nées en 2010 (c'est-à-dire l'année de leur 15<sup>e</sup> anniversaire de naissance). Dans le cas de l'année 2 (2026), les résultats ont été évalués à la fois pour les personnes nées en 2010 (c'est-à-dire l'année de leur 16<sup>e</sup> anniversaire de naissance) et pour celles nées en 2011 (c'est-à-dire l'année de leur 15<sup>e</sup> anniversaire de naissance). Les calculs pour les années suivantes ont suivi la même approche logique.

### Résultats

Les répercussions cumulatives pour chaque année jusqu'à 90 ans, et plus particulièrement pour les horizons temporels de 10, de 25, de 50 et de 90 ans, sont présentées dans les figures 2a, 2b et 2c et dans les tableaux 2, 3a, 3b, 3c et 3d. L'analyse a permis de déterminer la valeur seuil d'une AVAQ selon laquelle la somme de la valeur des avantages pour la santé (AVAQ pondérées en fonction de la valeur seuil) et des coûts de santé évités dépasse la somme des recettes fiscales perdues et de la baisse du PIB.

L'analyse est conforme aux lignes directrices pour les évaluations économiques au Canada<sup>31</sup>. Pour tenir compte de l'incertitude des données d'entrée, les résultats ont été évalués par une analyse probabiliste au moyen d'une simulation de Monte Carlo avec 5 000 répétitions pour garantir la stabilité des données. Des distributions de probabilités ont été utilisées pour tenir compte de l'incertitude relative aux paramètres d'intérêt, et le choix de la distribution a été fondé sur les pratiques courantes<sup>31</sup>. Pour tenir compte des préférences de la société en ce qui concerne la chronologie des événements, un taux d'actualisation annuel de 1,5 % a été appliqué à l'ensemble des coûts et des services publics<sup>31</sup>.

### Analyses des scénarios

Les analyses de scénarios suivantes ont été présentées comme des répercussions cumulatives au bout de 50 ans :

- une réduction de 90 % de l'adoption de l'usage du tabac pour tenir compte de l'accès possible au marché illicite;

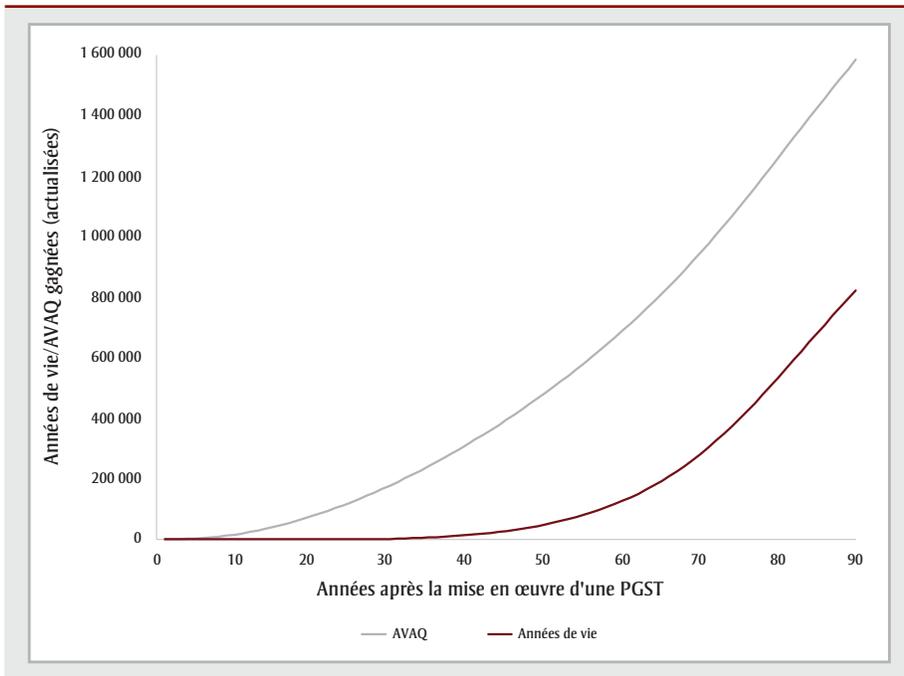
- une PGST n'ayant des effets sur l'adoption de l'usage du tabac qu'après 5 ans, en partant de l'hypothèse qu'il serait possible que les personnes puissent se procurer des cigarettes malgré les restrictions;
- différents taux d'actualisation (0 %, 3 % et 5 %) pour évaluer les effets de l'actualisation;
- une prise en compte des coûts supplémentaires des soins de santé non imputables aux maladies liées au tabagisme.

### Analyse de base

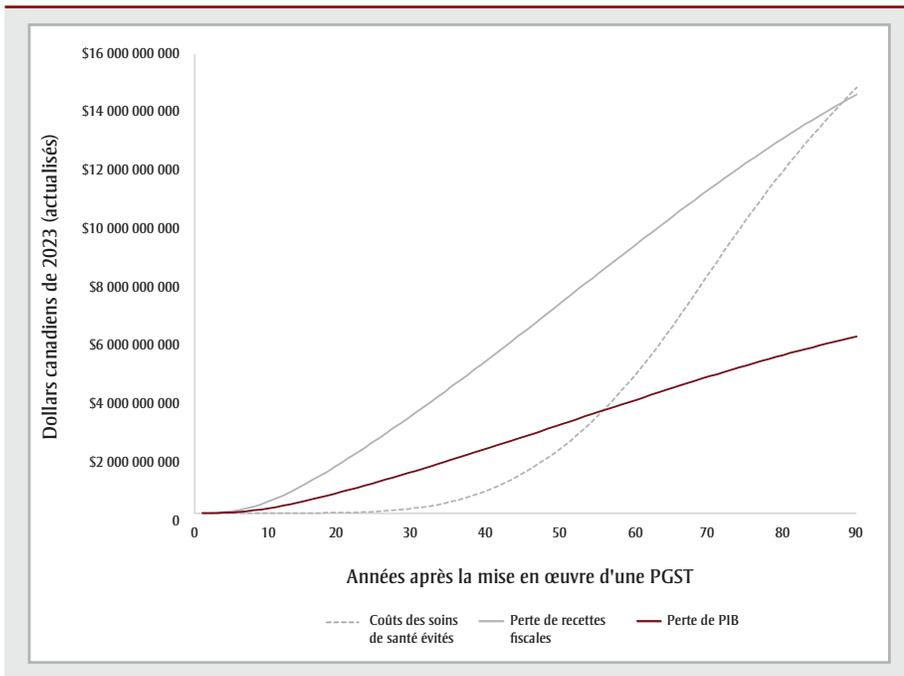
Le tableau 2 résume les répercussions d'une PGST après 10, 25, 50 et 90 ans. Bien que le nombre annuel de cas de maladie évités ait diminué au cours des dernières années, les répercussions annuelles ont tendance à augmenter au fil du temps, ce qui entraîne une réduction des coûts annuels des soins de santé évités (figures 2a, 2b et 2c). Il en résulte une augmentation non linéaire des répercussions cumulatives (figures 3a, 3b et 3c).

Après 10 ans, la politique n'aurait pas de répercussions sur les années de vie mais entraînerait des gains substantiels sur le plan des AVAQ (15 700) et une diminution modeste des coûts des soins de santé imputables aux maladies liées au tabagisme (3,0 millions de dollars). Les avantages augmentent au fil du temps, les années de vie gagnées se chiffrant à 214 après 25 ans, à 39 475 après 50 ans et à 769 042 après 90 ans. Les AVAQ gagnées s'élèvent à 122 766 après 25 ans, à 476 814 après 50 ans et à 1 545 288 après 90 ans, et les coûts des soins de santé évités passent à 66,7 millions de dollars après 25 ans, à 2,3 milliards de dollars après 50 ans et à 15,3 milliards de dollars après 90 ans. De même, les effets négatifs d'une telle politique sur les recettes fiscales générées par les produits du tabac et le PIB canadien de l'industrie du tabac augmentent au fil du temps : le manque à gagner des recettes fiscales sera de 403,5 millions de dollars après 10 ans, de 2,6 milliards de dollars après 25 ans, de 7,4 milliards de dollars après 50 ans et de 14,7 milliards de dollars après 90 ans; la baisse du PIB s'établirait à 170,3 millions de dollars après 10 ans, à 1,1 milliard de dollars après 25 ans, à 3,1 milliards de dollars après 50 ans et à 6,2 milliards de dollars après 90 ans (tableau 2).

**FIGURE 2A**  
**Résultats cumulatifs jusqu'à 90 ans : AVAQ et années de vie gagnées**



**FIGURE 2B**  
**Résultats cumulatifs jusqu'à 90 ans : gains et pertes financiers**



Au bout de 50 ans, la proportion de résultats obtenus chez les femmes est de 28 % pour les années de vie, de 35 % pour les AVAQ et les coûts de soins de santé évités et de 39 % pour les recettes fiscales perdues et la baisse du PIB (données non présentées). Jusqu'à l'année 9, le plus grand nombre de cas cumulatifs évités s'observe pour le cancer du poumon, dans les années

10 à 21, pour les coronaropathies et, dans les années suivantes, pour les MPOC (figure 3c).

Pour toutes les années, les coûts cumulatifs des soins de santé évités sont inférieurs à la somme des recettes fiscales perdues et de la baisse du PIB, bien qu'après 58 ans, les coûts annuels des soins de

santé évités dépassent la somme du manque à gagner fiscal et de la baisse du PIB (figures 2b et 3b). Après 50 ans, si une AVAQ était évaluée à au moins 17 147 \$, la valeur combinée des AVAQ gagnées et des coûts de santé évités dépasserait la somme des pertes de recettes fiscales et de la réduction du PIB de 36 423 \$ après 10 ans, de 29 738 \$ après 25 ans et de 3 605 \$ après 90 ans (données non présentées).

### Analyses de scénarios

Les analyses de scénarios pour les résultats cumulatifs jusqu'à 50 ans montrent que les résultats sont cohérents dans tous les scénarios étudiés (tableau 4). Bien que l'ampleur des répercussions varie d'un scénario à l'autre, les valeurs relatives de chaque composante demeurent cohérentes. Dans les analyses de scénarios, la valeur seuil nécessaire d'une AVAQ pour que la PGST soit optimale, qui était de 17 147 \$ dans le scénario de référence, varie entre 14 091 \$ et 20 909 \$, ce qui témoigne de la cohérence des résultats.

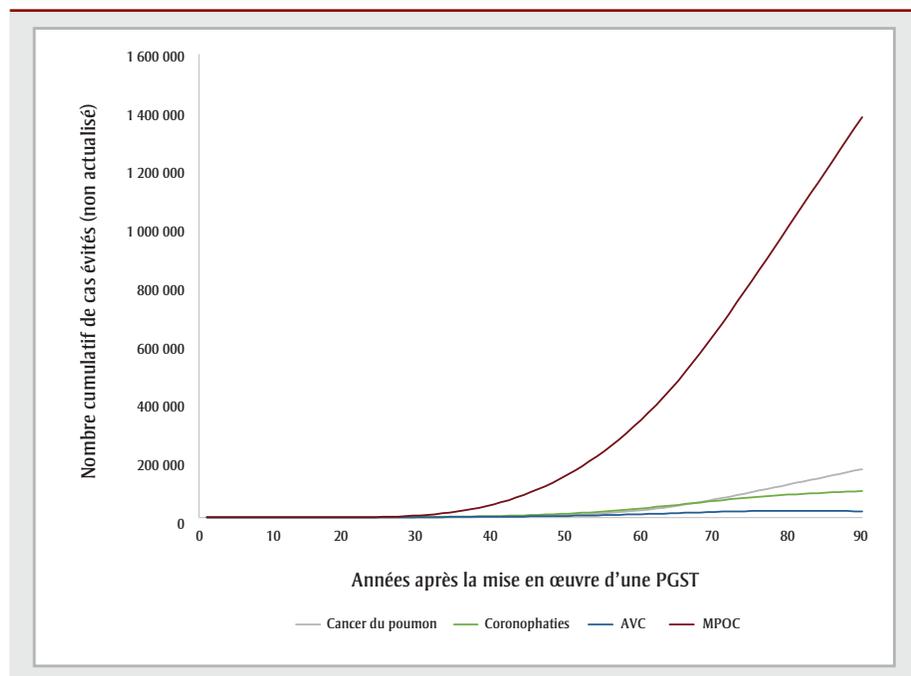
### Analyse

Les résultats montrent que, si l'on se base sur les hypothèses de l'étude, l'imposition d'une PGST entraînera des avantages substantiels pour la santé et une réduction des dépenses de soins de santé qui ne seront que partiellement neutralisés par une réduction des recettes fiscales liées au tabac et une baisse du PIB.

Les conclusions générales sont valables pour les diverses analyses de scénarios, y compris avec l'ajout des coûts des soins de santé imputables aux maladies non liées au tabagisme : même lors de la prise en compte de tous les coûts des soins de santé liés à l'augmentation de l'espérance de vie en raison d'une PGST, l'adoption de cette politique est toujours associée à une diminution des coûts des soins de santé (une diminution de 2 002 394 607 \$ plutôt que de 2 347 379 210 \$).

D'après l'analyse, l'objectif du gouvernement de réduire la prévalence de la consommation de tabac à moins de 5 % sera atteint en 2035 si la PGST est adoptée. Sans la PGST, et en conservant les tendances actuelles, le modèle prédit que la prévalence à moins de 5 % sera atteinte en 2040. La PGST permettrait d'atteindre beaucoup plus rapidement d'autres cibles fixées relativement à la prévalence. Il convient de noter que si elle était adoptée, la

**FIGURE 2C**  
**Résultats cumulatifs jusqu'à 90 ans : nombre de cas évités**



**Abréviations :** AVAQ, année de vie ajustée en fonction de la qualité; AVC, accident vasculaire cérébral; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique; PGST, politique pour une génération sans tabac; PIB, produit intérieur brut.

PGST permettrait de faire chuter la prévalence de la consommation de tabac à moins de 2,5 % en 2050 alors que, sans PGST, il faudrait attendre 2075 pour y arriver.

Les programmes de réduction du tabagisme visent également à réduire les décès prématurés, définis par Statistique Canada comme les décès survenant avant l'âge de 75 ans<sup>32</sup>. Le modèle prédit que, pour une cohorte de jeunes de 15 ans, les décès prématurés seraient réduits de 20,2 % sans la PGST à 19,3 % avec la PGST, soit une réduction relative de 4,6 %.

### Points forts et limites

L'utilisation de données pertinentes pour la population canadienne est l'un des principaux points forts de l'étude. Cependant, un certain nombre de mises en garde et de limites doivent être prises en compte lors de l'analyse des résultats.

L'analyse a intégré les effets de l'imposition d'une PGST à la fois sur le montant des recettes fiscales générées par les ventes de tabac et sur la réduction du PIB de l'industrie du tabac. L'impact de l'introduction de politiques d'arrêt de l'usage du

**TABLEAU 2**  
**Résultats fondamentaux de l'analyse des répercussions d'une PGST au fil du temps : années de vie, AVAQ, coûts des soins de santé, recettes fiscales provenant des produits du tabac, PIB et cas incidents de maladies liées au tabagisme**

	Répercussions nettes d'une politique pour une génération sans tabac				
	Après 10 ans	Après 25 ans	Après 50 ans	Après 90 ans	
Valeurs actualisées	Nombre d'années de vie gagnées (IC à 95 %)	0 (0 à 0)	214 (182 à 248)	39 475 (33 848 à 45 220)	769 042 (668 060 à 869 939)
	Nombre d'AVAQ gagnées (IC à 95 %)	15 700 (1031 à 30 175)	122 766 (69 351 à 175 793)	476 814 (356 366 à 596 756)	1 545 288 (1 313 033 à 1 786 258)
	Coûts des soins de santé associés aux maladies liées au tabagisme évités, en \$ (IC à 95 %)	3 026 244 (1 982 557 à 4 440 914)	66 717 071 (47 722 982 à 89 691 232)	2 347 379 210 (1 555 158 031 à 3 374 988 738)	15 323 097 839 (10 080 762 862 à 22 120 111 561)
	Diminution des recettes fiscales liées au tabagisme, en \$ (IC à 95 %)	403 529 109 (402 420 408 à 404 743 294)	2 614 073 547 (2 585 016 743 à 2 645 492 764)	7 399 915 299 (7 202 870 009 à 7 610 491 722)	14 692 321 355 (14 110 794 329 à 15 311 629 335)
	Diminution du PIB de l'industrie canadienne du tabac, en \$ (IC à 95 %)	170 332 391 (169 864 401 à 170 844 907)	1 103 418 285 (1 091 153 210 à 1 116 680 551)	3 123 554 752 (3 040 380 590 à 3 212 440 497)	6 201 729 118 (5 956 262 592 à 6 463 143 243)
Valeurs non actualisées	Nombre de cas de cancer du poumon évités (IC à 95 %)	24 (21 à 27)	215 (194 à 234)	7239 (6579 à 7860)	170 971 (152 642 à 188 052)
	Nombre de cas de coronaropathie évités (IC à 95 %)	1 (1 à 2)	494 (158 à 842)	13 403 (2295 à 24 824)	98 012 (-45 697 à 240 391)
	Nombre de cas d'AVC évités (IC à 95 %)	27 (22 à 31)	398 (334 à 463)	5057 (4149 à 5963)	23 474 (9877 à 37 022)
	Nombre de cas de MPOC évités (IC à 95 %)	0 (0 à 0)	1335 (1145 à 1525)	149 095 (128 616 à 170 048)	1 420 646 (1 226 684 à 1 612 460)

**Abréviations :** AVAQ, année de vie ajustée en fonction de la qualité; AVC, accident vasculaire cérébral; IC, intervalle de confiance; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique; PGST, politique pour une génération sans tabac; PIB, produit intérieur brut.

**Remarque :** Les montants sont exprimés en dollars canadiens de 2023.

**TABLEAU 3A**  
**Résultats désagrégés en fonction des années de vie, des AVAQ, des coûts des soins de santé, des recettes fiscales provenant des produits du tabac, du PIB et des cas incidents de maladies liées au tabagisme, en l'absence et en présence d'une PGST et répercussions nettes après 10 ans**

	Aucune politique pour une génération sans tabac			Politique pour une génération sans tabac			Répercussions nettes de la politique		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Valeurs actualisées</b>									
Années de vie gagnées (IC à 95 %)	6 289 113 (6 288 151 à 6 290 013)	5 969 755 (5 969 002 à 5 970 475)	12 258 868 (12 257 662 à 12 260 031)	6 289 113 (6 288 151 à 6 290 013)	5 969 755 (5 969 002 à 5 970 475)	12 258 868 (12 257 662 à 12 260 031)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)
AVAQ gagnées (IC à 95 %)	5 978 358 (5 939 437 à 6 017 829)	5 520 463 (5 483 037 à 5 558 178)	11 498 821 (11 444 768 à 11 554 338)	5 988 227 (5 944 238 à 6 032 445)	5 526 294 (5 483 930 à 5 567 853)	11 514 521 (11 453 218 à 11 576 460)	9869 (-734 à 20 826)	5831 (-3882 à 15 855)	15 700 (1031 à 30 175)
Coûts des soins de santé associés aux maladies liées au tabagisme évités, en \$ (IC à 95 %)	58 878 268 (40 782 393 à 80 444 989)	60 066 018 (40 900 215 à 83 268 876)	118 944 285 (81 709 064 à 163 298 593)	57 306 239 (39 757 437 à 78 139 228)	58 611 802 (39 919 047 à 81 331 301)	115 918 041 (79 628 414 à 159 391 265)	1 572 029 (992 507 à 2 321 612)	1 454 216 (904 217 à 2 193 476)	3 026 244 (1 982 557 à 4 440 914)
Avantage net pour la santé (AVAQ = 50 000 \$), en \$ (IC à 95 %)	298 917 889 091 (296 971 865 193 à 300 891 448 755)	276 023 160 904 (274 151 838 195 à 277 908 921 343)	574 941 049 995 (572 238 386 412 à 577 716 887 479)	299 411 326 311 (297 211 895 581 à 301 622 239 415)	276 314 708 720 (274 196 479 930 à 278 392 672 093)	575 726 035 030 (572 660 893 203 à 578 823 009 444)	493 437 220 (-36 689 829 à 1 041 309 221)	291 547 816 (-194 097 359 à 792 752 767)	784 985 036 (51 571 870 à 1 508 728 083)
Nombre d'années de tabagisme (IC à 95 %)	150 783 (150 319 à 151 290)	88 701 (88 506 à 88 913)	239 483 (238 825 à 240 204)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-150 783 (-150 319 à -151 290)	-88 701 (-88 506 à -88 913)	-239 483 (-238 825 à -240 204)
Recettes fiscales liées au tabagisme, en \$ (IC à 95 %)	254 068 541 (253 287 884 à 254 923 614)	149 460 568 (149 131 881 à 149 818 317)	403 529 109 (402 420 408 à 404 743 294)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-254 068 541 (-253 287 884 à -254 923 614)	-149 460 568 (-149 131 881 à -149 818 317)	-403 529 109 (-402 420 408 à -404 743 294)
PIB de l'industrie canadienne du tabac, en \$ (IC à 95 %)	107 244 065 (106 914 544 à 107 604 997)	63 088 326 (62 949 585 à 63 239 334)	170 332 391 (169 864 401 à 170 844 907)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-107 244 065 (-106 914 544 à -107 604 997)	-63 088 326 (-62 949 585 à -63 239 334)	-170 332 391 (-169 864 401 à -170 844 907)
<b>Valeurs non actualisées</b>									
Nombre de cas de cancer du poumon évités	109 (106 à 112)	130 (127 à 133)	239 (234 à 243)	95 (90 à 101)	119 (114 à 124)	215 (207 à 222)	14 (11 à 16)	11 (9 à 13)	24 (21 à 27)
Nombre de cas de coronaropathie évités (IC à 95 %)	706 (705 à 707)	542 (541 à 542)	1248 (1247 à 1249)	705 (704 à 707)	541 (541 à 542)	1247 (1245 à 1248)	1 (0 à 1)	1 (0 à 1)	1 (1 à 2)
Nombre de cas d'AVC évités (IC à 95 %)	410 (405 à 415)	474 (469 à 479)	885 (878 à 891)	397 (389 à 405)	461 (452 à 469)	858 (846 à 870)	13 (10 à 17)	13 (10 à 17)	27 (22 à 31)
Nombre de cas de MPOC évités (IC à 95 %)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)					

**TABLEAU 3B**  
**Résultats désagrégés en fonction des années de vie, des AVAQ, des coûts des soins de santé, des recettes fiscales provenant des produits du tabac, du PIB et des cas incidents de maladies liées au tabagisme, en l'absence et en présence d'une PGST et répercussions nettes après 25 ans**

	Aucune politique pour une génération sans tabac			Politique pour une génération sans tabac			Répercussions nettes de la politique		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Valeurs actualisées</b>									
Années de vie gagnées (IC à 95 %)	30 488 796 (30 481 955 à 30 495 578)	28 997 998 (28 992 903 à 29 002 947)	59 486 794 (59 478 302 à 59 495 129)	30 488 960 (30 482 135 à 30 495 756)	28 998 048 (28 992 955 à 29 002 997)	59 487 008 (59 478 502 à 59 495 344)	164 (134 à 196)	50 (42 à 59)	214 (182 à 248)
AVAQ gagnées (IC à 95 %)	28 879 242 (28 753 933 à 29 008 817)	26 670 799 (26 546 917 à 26 794 001)	55 550 041 (55 373 149 à 55 734 650)	28 958 539 (28 814 893 à 29 107 278)	26 714 268 (26 574 728 à 26 853 500)	55 672 807 (55 468 836 à 55 884 786)	79 298 (39 542 à 120 136)	43 469 (8890 à 78 194)	122 766 (69 351 à 175 793)
Coûts des soins de santé associés aux maladies liées au tabagisme évités, en \$ (IC à 95 %)	847 564 426 (598 859 239 à 1 144 156 758)	800 104 443 (553 286 022 à 1 104 312 757)	1 647 668 869 (1 150 794 631 à 2 234 142 455)	808 484 259 (564 542 610 à 1 095 470 224)	772 467 539 (532 862 274 à 1 067 635 865)	1 580 951 798 (1 099 481 539 à 2 148 079 667)	39 080 167 (26 314 329 à 54 521 281)	27 636 904 (19 542 762 à 37 721 224)	66 717 071 (47 722 982 à 89 691 232)
Avantage net pour la santé (AVAQ = 50 000 \$), en \$ (IC à 95 %)	1 443 962 081 828 (1 437 696 663 635 à 1 450 440 835 930)	1 333 539 970 215 (1 327 345 831 442 à 1 339 700 051 781)	2 777 502 052 044 (2 768 657 430 995 à 2 786 732 512 214)	1 447 926 967 221 (1 440 744 647 303 à 1 455 363 890 591)	1 335 713 405 304 (1 328 736 382 167 à 1 342 675 007 639)	2 783 640 372 525 (2 773 441 796 527 à 2 794 239 279 783)	3 964 885 393 (1 977 120 415 à 6 006 791 680)	2 173 435 088 (444 523 273 à 3 909 710 469)	6 138 320 481 (3 467 545 898 à 8 789 649 726)
Nombre d'années de tabagisme (IC à 95 %)	960 075 (948 771 à 972 272)	591 304 (585 364 à 597 758)	1 551 379 (1 534 135 à 1 570 025)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-960 075 (-948 771 à -972 272)	-591 304 (-585 364 à -597 758)	-1 551 379 (-1 534 135 à -1 570 025)
Recettes fiscales liées au tabagisme, en \$ (IC à 95 %)	1 617 726 185 (1 598 678 344 à 1 638 278 737)	996 347 362 (986 339 119 à 1 007 222 344)	2 614 073 547 (2 585 016 743 à 2 645 492 764)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-1 617 726 185 (-1 598 678 344 à -1 638 278 737)	-996 347 362 (-986 339 119 à -1 007 222 344)	-2 614 073 547 (-2 585 016 743 à -2 645 492 764)
PIB de l'industrie canadienne du tabac, en \$ (IC à 95 %)	682 853 263 (674 813 040 à 691 528 636)	420 565 022 (416 340 474 à 425 155 426)	1 103 418 285 (1 091 153 210 à 1 116 680 551)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-682 853 263 (-674 813 040 à -691 528 636)	-420 565 022 (-416 340 474 à -425 155 426)	-1 103 418 285 (-1 091 153 210 à -1 116 680 551)
<b>Valeurs non actualisées</b>									
Nombre de cas de cancer du poumon évités (IC à 95 %)	555 (527 à 584)	654 (625 à 683)	1 209 (1168 à 1250)	432 (392 à 475)	563 (522 à 603)	995 (938 à 1053)	123 (107 à 138)	92 (79 à 104)	215 (194 à 234)
Nombre de cas de coronaropathie évités (IC à 95 %)	12 724 (12 154 à 13 251)	8555 (8239 à 8854)	21 279 (20 634 à 21 890)	12 450 (11 633 à 13 230)	8336 (7935 à 8724)	20 785 (19 890 à 21 684)	274 (-42 à 611)	220 (122 à 320)	494 (158 à 842)
Nombre de cas d'AVC évités (IC à 95 %)	6390 (6276 à 6500)	7128 (6967 à 7276)	13 518 (13 328 à 13 708)	6189 (6030 à 6343)	6931 (6724 à 7120)	13 120 (12 868 à 13 370)	201 (153 à 251)	197 (155 à 242)	398 (334 à 463)
Nombre de cas de MPOC évités (IC à 95 %)	3879 (3636 à 4122)	3861 (3458 à 4262)	7740 (7271 à 8209)	2913 (2607 à 3244)	3492 (3023 à 3970)	6405 (5832 à 6981)	966 (808 à 1126)	369 (264 à 478)	1335 (1145 à 1525)

**TABEAU 3C**  
**Résultats désagrégés en fonction des années de vie, des AVAQ, des coûts des soins de santé, des recettes fiscales provenant des produits du tabac, du PIB et des cas incidents de maladies liées au tabagisme, en l'absence et en présence d'une PGST et répercussions nettes après 50 ans**

	Aucune politique pour une génération sans tabac			Politique pour une génération sans tabac			Répercussions nettes de la politique		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Valeurs actualisées</b>									
Nombre d'années de vie gagnées (IC à 95 %)	91 976 913 (91 946 884 à 92 006 798)	87 834 418 (87 812 521 à 87 855 727)	179 811 331 (179 772 950 à 179 848 254)	92 005 198 (91 974 125 à 92 036 689)	87 845 607 (87 823 736 à 87 867 190)	179 850 806 (179 811 393 à 179 888 656)	28 286 (23 032 à 33 665)	11 190 (9 569 à 12 875)	39 475 (33 848 à 45 220)
Nombre d'AVAQ gagnées (IC à 95 %)	85 568 194 (85 301 369 à 85 831 402)	79 545 776 (79 284 306 à 79 800 930)	165 113 970 (164 743 330 à 165 503 487)	85 878 657 (85 566 416 à 86 184 007)	79 712 128 (79 413 427 à 80 002 740)	165 590 784 (165 164 872 à 166 037 423)	310 462 (216 976 à 405 535)	166 352 (88 836 à 244 376)	476 814 (356 366 à 596 756)
Coûts des soins de santé associés aux maladies liées au tabagisme évités, en \$ (IC à 95 %)	15 910 895 359 (11 777 285 676 à 20 749 681 443)	13 450 743 721 (9 889 792 985 à 17 606 524 271)	29 361 639 080 (21 803 430 445 à 38 191 016 475)	14 395 952 578 (10 557 852 116 à 18 892 106 774)	12 618 307 291 (9 247 080 757 à 16 554 797 229)	27 014 259 869 (19 950 650 961 à 35 223 714 920)	1 514 942 781 (958 187 999 à 2 238 337 990)	832 436 429 (550 018 994 à 1 205 731 984)	2 347 379 210 (1 555 158 031 à 3 374 988 738)
Avantage net pour la santé (AVAQ = 50 000 \$), en \$ (IC à 95 %)	4 278 409 716 667 (4 265 068 426 626 à 4 291 570 076 847)	3 977 288 794 754 (3 964 215 304 702 à 3 990 046 500 116)	8 255 698 511 420 (8 237 166 484 257 à 8 275 174 333 474)	4 293 932 833 048 (4 278 320 780 257 à 4 309 200 372 204)	3 985 606 388 981 (3 970 671 337 491 à 4 000 137 010 818)	8 279 539 222 029 (8 258 243 617 598 à 8 301 871 137 059)	15 523 116 381 (10 848 777 289 à 20 276 757 543)	8 317 594 227 (4 441 794 956 à 12 218 787 877)	23 840 710 609 (17 818 295 378 à 29 837 775 244)
Nombre d'années de tabagisme (IC à 95 %)	2 662 548 (2 587 442 à 2 743 057)	1 729 093 (1 687 374 à 1 773 608)	4 391 641 (4 274 700 à 4 516 612)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-2 662 548 (-2 587 442 à -2 743 057)	-1 729 093 (-1 687 374 à -1 773 608)	-4 391 641 (-4 274 700 à -4 516 612)
Recettes fiscales liées au tabagisme, en \$ (IC à 95 %)	4 486 393 321 (4 359 840 381 à 4 622 050 666)	2 913 521 978 (2 843 225 373 à 2 988 529 238)	7 399 915 299 (7 202 870 009 à 7 610 491 722)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-4 486 393 321 (-4 359 840 381 à -4 622 050 666)	-2 913 521 978 (-2 843 225 373 à -2 988 529 238)	-7 399 915 299 (-7 202 870 009 à -7 610 491 722)
PIB de l'industrie canadienne du tabac, en \$ (IC à 95 %)	1 893 737 240 (1 840 318 380 à 1 950 999 131)	1 229 817 511 (1 200 144 835 à 1 261 478 588)	3 123 554 752 (3 040 380 590 à 3 212 440 497)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-1 893 737 240 (-1 840 318 380 à -1 950 999 131)	-1 229 817 511 (-1 200 144 835 à -1 261 478 588)	-3 123 554 752 (-3 040 380 590 à -3 212 440 497)
<b>Valeurs non actualisées</b>									
Nombre de cas de cancer du poumon évités (IC à 95 %)	11 815 (10 456 à 13 275)	12 871 (11 536 à 14 332)	24 687 (22 719 à 26 779)	7 635 (5 997 à 9 512)	9 813 (8 224 à 11 567)	17 448 (15 129 à 19 961)	4 180 (3 636 à 4 692)	3 059 (2 732 à 3 358)	7 239 (6 579 à 7 860)
Nombre de cas de coronaropathie évités (IC à 95 %)	301 623 (281 821 à 320 785)	159 344 (150 134 à 168 521)	460 966 (439 210 à 482 999)	294 219 (264 920 à 323 346)	153 344 (141 602 à 165 210)	447 563 (416 301 à 479 517)	7404 (-3 132 à 18 569)	5 999 (3 149 à 8 926)	13 403 (2 295 à 24 824)
Nombre de cas d'AVC évités (IC à 95 %)	104 462 (102 207 à 106 636)	96 745 (94 064 à 99 244)	201 207 (197 823 à 204 591)	101 889 (99 007 à 104 665)	94 260 (91 103 à 97 236)	196 149 (192 032 à 200 253)	2 573 (1822 à 3337)	2 484 (1994 à 2977)	5 057 (4 149 à 5 963)
Nombre de cas de MPOC évités (IC à 95 %)	417 631 (393 573 à 442 403)	455 660 (413 323 à 498 229)	873 291 (824 507 à 922 540)	315 381 (281 557 à 351 963)	408 815 (355 616 à 463 137)	724 196 (660 192 à 789 233)	102 250 (86 133 à 118 267)	46 845 (33 895 à 59 938)	149 095 (128 616 à 170 048)

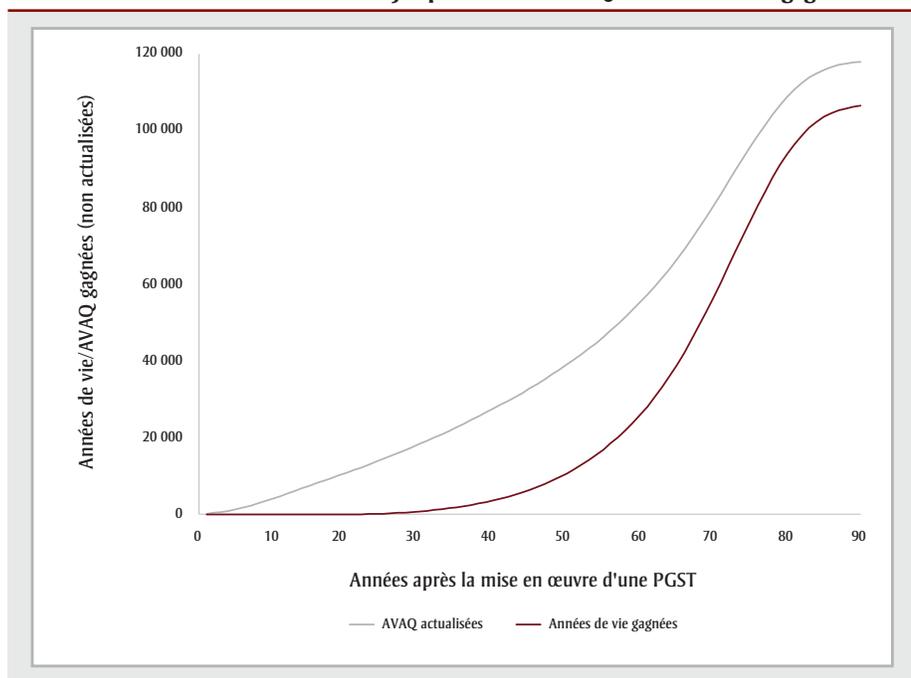
**TABEAU 3D**  
**Résultats désagrégés en fonction des années de vie, des AVAQ, des coûts des soins de santé, des recettes fiscales provenant des produits du tabac, du PIB et des cas incidents de maladies liées au tabagisme, en l'absence et en présence d'une PGST et répercussions nettes après 90 ans**

	Aucune politique pour une génération sans tabac			Politique pour une génération sans tabac			Répercussions nettes de la politique		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Valeurs actualisées</b>									
Nombre d'années de vie gagnées (IC à 95 %)	192 915 709 (192 693 114 à 193 134 803)	187 012 518 (186 869 949 à 187 156 504)	379 928 227 (379 660 107 à 380 193 875)	193 421 910 (193 117 349 à 193 722 988)	187 275 359 (187 100 769 à 187 453 443)	380 697 269 (380 338 043 à 381 055 107)	506 201 (417 054 à 595 379)	262 841 (226 234 à 300 422)	769 042 (668 060 à 869 939)
Nombre d'AVAQ gagnées (IC à 95 %)	173 848 749 (173 373 157 à 174 329 696)	163 965 575 (163 496 187 à 164 414 343)	337 814 324 (337 156 863 à 338 493 163)	174 847 855 (174 256 442 à 175 429 440)	164 511 757 (163 973 199 à 165 034 534)	339 359 612 (338 583 746 à 340 183 119)	999 106 (817 314 à 1 183 333)	546 182 (403 412 à 691 922)	1 545 288 (1 313 033 à 1 786 258)
Coûts des soins de santé associés aux maladies liées au tabagisme évités, en \$ (IC à 95 %)	131 938 140 902 (97 817 123 657 à 171 816 474 092)	111 909 799 243 (83 264 333 301 à 145 469 720 163)	243 847 940 144 (181 447 284 445 à 316 435 856 745)	122 298 985 620 (89 672 787 208 à 161 242 850 360)	106 225 856 685 (78 432 404 217 à 138 724 681 598)	228 524 842 306 (169 153 393 774 à 299 108 804 401)	9 639 155 281 (5 831 184 944 à 14 455 892 953)	5 683 942 557 (3 797 918 731 à 8 170 599 406)	15 323 097 839 (10 080 762 862 à 22 120 111 561)
Avantage net pour la santé (AVAQ = 50 000 \$), en \$ (IC à 95 %)	8 692 437 440 717 (8 668 657 833 082 à 8 716 484 824 609)	8 198 278 766 050 (8 174 809 354 000 à 8 220 717 134 964)	16 890 716 206 767 (16 857 843 135 812 à 16 924 658 141 232)	8 742 392 754 849 (8 712 822 122 780 à 8 771 472 015 818)	8 225 587 843 059 (8 198 659 928 943 à 8 251 726 723 861)	16 967 980 597 907 (16 929 187 282 075 à 17 009 155 957 215)	49 955 314 131 (40 865 724 922 à 59 166 666 211)	27 309 077 009 (20 170 602 989 à 34 596 097 788)	77 264 391 140 (65 651 649 620 à 89 312 881 425)
Nombre d'années de tabagisme (IC à 95 %)	5 203 169 (4 988 795 à 5 432 735)	3 516 310 (3 386 173 à 3 654 644)	8 719 479 (8 374 359 à 9 087 020)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-5 203 169 (-4 988 795 à -5 432 735)	-3 516 310 (-3 386 173 à -3 654 644)	-8 719 479 (-8 374 359 à -9 087 020)
Recettes fiscales liées au tabagisme, en \$ (IC à 95 %)	8 767 338 970 (8 406 119 782 à 9 154 158 767)	5 924 982 384 (5 705 701 087 à 6 158 074 954)	14 692 321 355 (14 110 794 329 à 15 311 629 335)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-8 767 338 970 (-8 406 119 782 à -9 154 158 767)	-5 924 982 384 (-5 705 701 087 à -6 158 074 954)	-14 692 321 355 (-14 110 794 329 à -15 311 629 335)
PIB de l'industrie canadienne du tabac, en \$ (IC à 95 %)	3 700 753 616 (3 548 280 531 à 3 864 032 892)	2 500 975 502 (2 408 415 370 à 2 599 365 466)	6 201 729 118 (5 956 262 592 à 6 463 143 243)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	0 (0 à 0)	-3 700 753 616 (-3 548 280 531 à -3 864 032 892)	-2 500 975 502 (-2 408 415 370 à -2 599 365 466)	-6 201 729 118 (-5 956 262 592 à -6 463 143 243)
<b>Valeurs non actualisées</b>									
Nombre de cas de cancer du poumon évités (IC à 95 %)	306 025 (274 686 à 341 714)	276 420 (250 681 à 304 563)	582 444 (540 219 à 628 176)	198 473 (154 043 à 248 974)	213 000 (180 289 à 248 966)	411 473 (355 068 à 473 635)	107 551 (92 110 à 121 938)	63 420 (55 323 à 71 148)	170 971 (152 642 à 188 052)
Nombre de cas de coronaropathie évités (IC à 95 %)	3 852 811 (3 523 108 à 4 189 395)	2 382 767 (2 234 011 à 2 532 652)	6 235 578 (5 879 444 à 6 608 787)	3 819 676 (3 353 667 à 4 290 419)	2 317 890 (2 125 288 à 2 510 913)	6 137 566 (5 641 229 à 6 653 979)	33 135 (-100 553 à 170 771)	64 876 (21 738 à 108 089)	98 012 (-45 697 à 240 391)
Nombre de cas d'AVC évités (IC à 95 %)	1 486 974 (1 456 183 à 1 516 655)	1 330 371 (1 304 597 à 1 355 247)	2 817 345 (2 778 458 à 2 856 348)	1 481 096 (1 438 583 à 1 522 112)	1 312 775 (1 280 187 à 1 344 536)	2 793 871 (2 741 924 à 2 845 769)	5878 (-5595 à 17 873)	17 597 (10 753 à 24 557)	23 474 (9877 à 37 022)
Nombre de cas de MPOC évités (IC à 95 %)	4 395 740 (4 111 603 à 4 710 568)	4 889 478 (4 442 902 à 5 342 165)	9 285 217 (8 742 023 à 9 832 232)	3 421 595 (3 014 181 à 3 874 428)	4 442 976 (3 870 131 à 5 026 020)	7 864 571 (7 137 476 à 8 596 963)	974 145 (829 220 à 1 107 103)	446 501 (314 440 à 575 948)	1 420 646 (1 226 684 à 1 612 460)

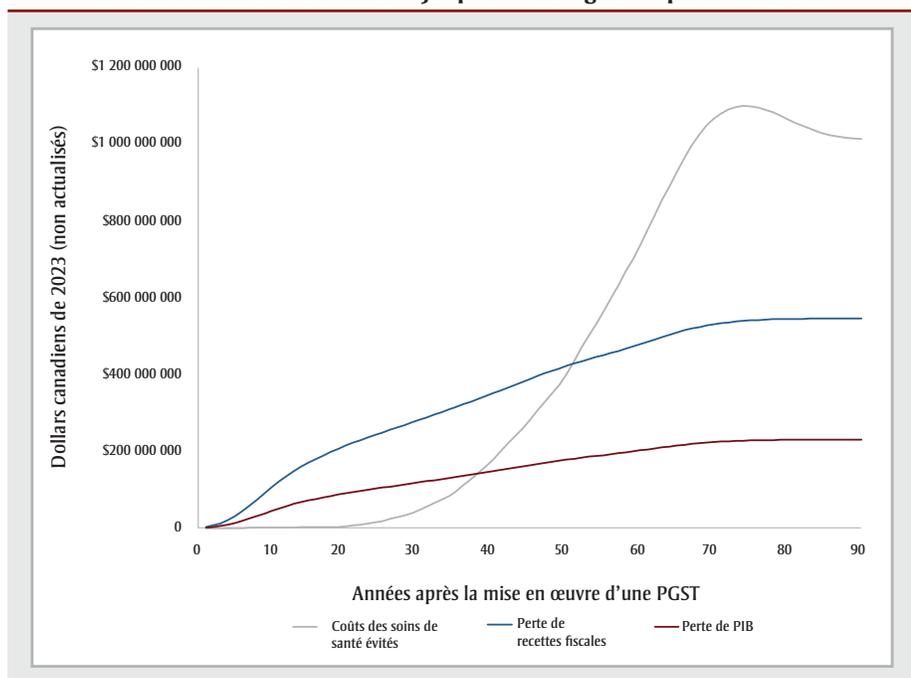
**Abréviations :** AVAQ, année de vie ajustée en fonction de la qualité; AVC, accident vasculaire cérébral; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique; PGST, politique pour une génération sans tabac; PIB, produit intérieur brut.

**Remarque :** Les montants sont exprimés en dollars canadiens de 2023.

**FIGURE 3A**  
**Résultats annuels non actualisés jusqu'à 90 ans : AVAQ et années de vie gagnées**



**FIGURE 3B**  
**Résultats annuels non actualisés jusqu'à 90 ans : gains et pertes financiers**



tabac sur les recettes fiscales et les dépenses publiques est une source de préoccupation. Le pourcentage de réduction des recettes fiscales globales résultant de l'adoption d'une PGST est minime compte tenu de l'ensemble des impôts et des dépenses publiques : il représente seulement 0,2 % du total de l'impôt sur le revenu prélevé et 0,06 % des dépenses publiques totales du

gouvernement. Il convient également de noter que l'analyse actuelle ne tient pas compte de l'impôt sur le revenu supplémentaire généré par l'allongement de l'espérance de vie grâce à la PGST.

En outre, la baisse des recettes fiscales n'est pas une perte d'un point de vue sociétal, car la fiscalité ne vise qu'à assurer

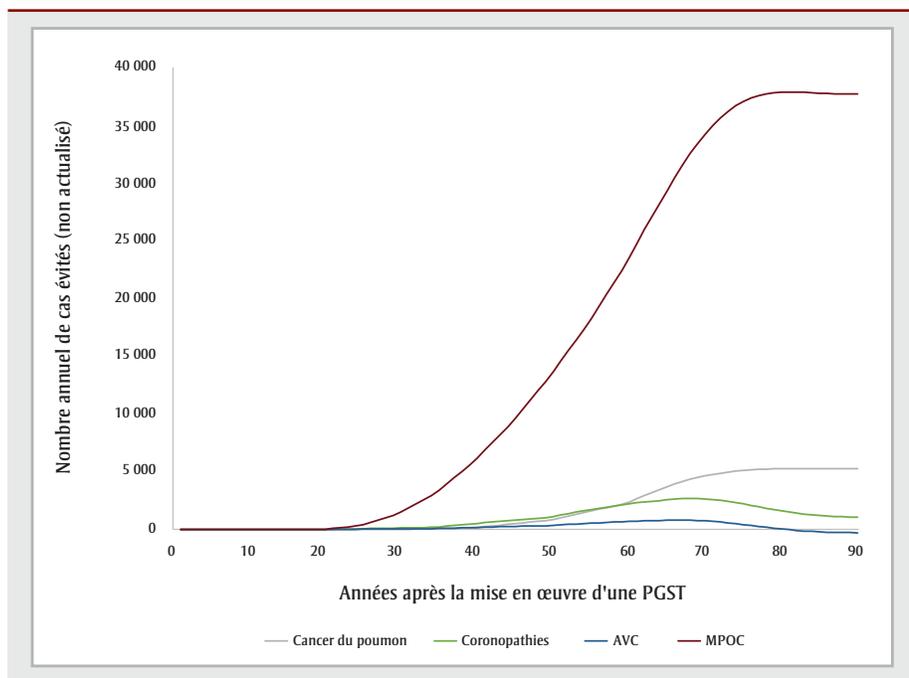
le transfert de fonds des particuliers vers le gouvernement. Les répercussions d'une baisse des impôts sont incertaines car les changements relatifs au niveau d'imposition peuvent être associés soit à une augmentation, soit à une diminution de la croissance économique. La réduction de l'usage du tabac se traduira par une augmentation du revenu disponible pour consommer d'autres ressources. Ainsi, si l'on tient compte à la fois de la perte des recettes fiscales et de la baisse du PIB comme effets négatifs, on constate que les valeurs seuils estimées des AVAQ nécessaires pour qu'une PGST soit avantageuse sont probablement surestimées.

Dans l'analyse, on n'a envisagé aucune autre politique de rechange, comme l'augmentation de l'âge minimum légal pour l'achat de produits du tabac, l'accès aux produits de vapotage, la réduction de la teneur en nicotine pour les produits du tabac fumé, l'augmentation des taxes sur les produits du tabac ou de nouvelles restrictions sur le tabagisme dans les lieux publics<sup>33</sup>. De telles politiques ne sont pas nécessairement incompatibles dans le cadre de la mise en œuvre d'une PGST, car nombre d'entre elles ciblent les fumeurs actuels plutôt que les fumeurs potentiels. Il convient de noter que le fait de mettre en place une PGST équivaut à augmenter d'un an chaque année l'âge minimum légal pour se procurer des produits du tabac. Ainsi, il n'y a pas lieu de craindre qu'en portant l'âge minimum légal pour fumer à un âge fixe, il y ait une forte probabilité que les personnes n'ayant pas atteint cet âge se procurent des produits du tabac, étant donné que l'écart entre l'âge légal et l'âge auquel on commence à fumer demeure minime.

Une autre limite de l'analyse est qu'elle repose sur des données qui ne sont pas récentes pour certains paramètres d'entrée (par exemple, la mortalité liée au tabagisme ou les rechutes). L'analyse repose sur les données les plus récentes disponibles, mais si les paramètres d'entrée changent de manière importante, les résultats sont susceptibles de varier.

En outre, bien que les paramètres d'entrée pour l'adoption de l'usage du tabac et les taux d'arrêt du tabac se fondent sur les données les plus récentes, ils peuvent changer au fil du temps. Cette analyse repose sur l'hypothèse que ces taux seront stables au cours de la période couverte

**FIGURE 3C**  
**Résultats annuels non actualisés jusqu'à 90 ans : cas évités**



**Abréviations :** AVAQ, année de vie ajustée en fonction de la qualité; AVC, accident vasculaire cérébral; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique; PGST, politique pour une génération sans tabac; PIB, produit intérieur brut.

par le modèle. Si les taux de tabagisme devaient diminuer en l'absence d'une PGST, une baisse proportionnelle des avantages de la PGST serait observée. Toutefois, on constate de manière générale que les avantages sont plus importants que les conséquences négatives.

Une autre limite de l'analyse est qu'elle ne tient pas compte de l'ensemble des avantages

et des coûts potentiels de la mise en œuvre d'une PGST. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'analyse ne tient pas compte de l'impôt sur le revenu supplémentaire généré par l'allongement de l'espérance de vie grâce à la PGST. L'analyse ne tient pas non plus compte des répercussions d'une PGST sur les marchés illicites de produits du tabac ou des coûts d'application de la législation sur le tabac

(estimés à 37,6 millions de dollars par an en 2012)<sup>34</sup>. Les coûts d'application pouraient augmenter au cours des premières années de mise en œuvre d'une PGST, mais ils pourraient ensuite diminuer à mesure que la prévalence de la consommation de tabac diminue dans l'ensemble de la population.

Les arguments mis de l'avant par les défenseurs de l'industrie du tabac à l'encontre de politiques de lutte contre le tabagisme comme la PGST se concentrent généralement sur trois points : le déni de la liberté de comportement, l'inapplicabilité d'une telle politique et la contribution de l'industrie du tabac à la société par le biais du PIB et de la génération de recettes fiscales<sup>6</sup>. On pourrait faire valoir que le premier argument est celui qui est le moins pris en compte par l'analyse dans notre étude. Cependant, il est important de souligner que la dépendance au tabac commence souvent pendant l'enfance ou au moins avant l'âge de 21 ans, qui est l'âge minimum pour la vente des produits du tabac dans de nombreuses provinces. En outre, l'analyse ne tient pas compte des avantages supplémentaires en matière de santé et de soins de santé découlant de la diminution du tabagisme passif à la suite de la mise en œuvre d'une PGST. L'analyse démontre les avantages considérables associés à l'adoption d'une PGST, même s'il faut un certain temps avant que les effets d'une telle politique se fassent sentir ou si l'arrêt de l'usage du tabac n'est pas parfait. Par conséquent, les

**TABLEAU 4**  
**Résultats des analyses de scénarios pour les résultats cumulés jusqu'à 50 ans**

	Répercussions nettes d'une politique pour une génération sans tabac après 50 ans					
	Années de vie gagnées	AVAQ gagnées	Coûts des soins de santé évités, en \$	Diminution des recettes fiscales, en \$	Réduction du PIB, en \$	Valeur seuil d'une AVAQ, en \$
Scénario de référence	39 475	476 814	2 347 379 210	7 399 915 299	3 123 554 752	17 147
Hommes	28 286	310 462	1 514 942 781	4 486 393 321	1 893 737 240	15 671
Femmes	11 190	166 352	832 436 429	2 913 521 978	1 229 817 511	19 903
Taux d'actualisation de 0 %	108 341	918 711	5 835 615 560	13 206 427 893	5 574 523 346	14 091
Taux d'actualisation de 3 %	20 981	295 559	1 278 456 727	4 789 828 352	2 021 819 238	18 721
Taux d'actualisation de 5 %	9 271	165 492	587 057 331	2 846 037 620	1 201 331 904	20 909
Délai de 5 ans avant les répercussions	20 133	362 395	1 363 694 271	5 930 627 350	2 503 358 280	19 510
Réduction de 90 % de l'adoption du tabagisme	35 528	429 133	2 112 641 289	6 659 923 769	2 811 199 276	17 147
Prise en compte des coûts des soins de santé imputables aux maladies non liées au tabagisme	39 475	476 814	2 002 394 607	7 399 915 299	3 123 554 752	17 871

**Abréviations :** AVAQ, année de vie ajustée en fonction de la qualité; PIB, produit intérieur brut.

**Remarque :** Les montants sont exprimés en dollars canadiens de 2023.

préoccupations relatives à l'inapplicabilité ne sont pas pertinentes. L'analyse répond directement au dernier argument en évitant de mesurer exclusivement les répercussions sur la santé et sur l'utilisation des soins de santé.

## Conclusion

Cette étude met en évidence les effets de l'imposition d'une PGST à l'échelle du Canada et démontre que les avantages pour la santé et la réduction des coûts des soins de santé l'emportent sur toute contribution positive que pourrait présenter le tabagisme pour la population canadienne.

## Remerciements

L'analyse est basée sur une version révisée d'un modèle élaboré en partenariat avec la D<sup>re</sup> Catherine Pound de l'Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada.

## Financement

Aucun.

## Conflits d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Contributions de l'auteur et avis

DC : conception, méthodologie, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

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

## Références

1. Statistique Canada. Caractéristiques de la santé, estimations annuelles, inactif [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2023. <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
2. Stockwell T, Dorocicz J, Sherk A, Sorge J, Zhao J, Young M, et al.; Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada 2015-2017. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. En ligne à : <https://cemusc.ca/publications/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>
3. Santé Canada. Stratégie canadienne sur le tabac [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [modifié le 12 septembre 2023; consultation le 7 février 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html>
4. Santé Canada. Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2019 [modifié le 1<sup>er</sup> mars 2024; consultation le 29 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html>
5. McCall C. A smoke-free generation: New Zealand's tobacco ban. *Lancet*. 2022;399(10339):1930-1931. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00925-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00925-4)
6. Hartwell G, Gilmore AB, Van Schalkwyk MC, McKee M. Sunak's smoke-free generation: spare a thought for the tobacco industry. *BMJ*. 2023;383:2922. <https://doi.org/10.1136/bmj.p2922>
7. Pound CM, Coyle D. Analyse coût-utilité de l'incidence des inhalateurs électroniques de nicotine sur les coûts et les résultats des soins de santé au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022;42(1):32-41. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.1.05>
8. Statistique Canada. Espérance de vie et autres éléments de la table complète de mortalité, estimations sur trois ans, Canada, toutes les provinces sauf l'Île-du-Prince-Édouard [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 30 août 2024]. <https://doi.org/10.25318/1310011401-fra>
9. Statistique Canada. Recensement de la population [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [modifié le 3 août 2024; consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm?DGUID=2021A000011124>
10. Statistique Canada. Estimations des composantes de la migration interprovinciale, par âge et genre, annuelles [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modifié le 30 août 2024; consultation le 30 août 2024]. <https://doi.org/10.25318/1710001501-fra>
11. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2017 [modifié le 28 juin 2023; consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2017.html>
12. Krall EA, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res*. 2002;4(1):95-100. <https://doi.org/10.1080/14622200110098428>
13. Lariscy JT, Hummer RA, Rogers RG. Cigarette smoking and all-cause and cause-specific adult mortality in the United States. *Demography*. 2018;55(5):1855-1885. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0707-2>
14. Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2016 [modifié le 20 mars 2024; consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/Index>
15. Comité consultatif canadien des statistiques sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2020 sur le cancer du poumon. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; 2020.
16. O'Keeffe LM, Taylor G, Huxley RR, Mitchell P, Woodward M, Peters SA. Smoking as a risk factor for lung cancer in women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018;8(10):e021611. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021611>
17. Forey BA, Thornton AJ, Lee PN. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. *BMC Pulm Med*. 2011;11:36. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-11-36>

18. Shields M, Wilkins K. Smoking, smoking cessation and heart disease risk: a 16-year follow-up study. *Health Rep.* 2013;24(2):12-22.
19. Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3 980 359 individuals and 42 401 strokes. *Stroke.* 2013; 44(10):2821-2828. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002342>
20. Chen W, FitzGerald JM, Sin DD, Sadatsafavi M; Canadian Respiratory Research Network. Excess economic burden of comorbidities in COPD: a 15-year population-based study. *Eur Respir J.* 2017;50(1):1-10. <https://doi.org/10.1183/13993003.00393-2017>
21. de Oliveira C, Pataky R, Bremner KE, Rangrej J, Chan KK, Cheung WY, et al. Phase-specific and lifetime costs of cancer care in Ontario, Canada. *BMC Cancer.* 2016;16(1):809. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2835-7>
22. Tam-Tham H, Clement F, Hemmelgarn BR, Manns BJ, Klarenbach SW, Tonelli M, et al. A cost analysis and cost-utility analysis of a community pharmacist-led intervention on reducing cardiovascular risk: the Alberta Vascular Risk Reduction Community Pharmacy Project (Rx EACH). *Value Health.* 2019; 22(10):1128-1136. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.05.012>
23. Coyle D, Coyle K, Cameron C, Lee K, Kelly S, Steiner S, et al. Cost-effectiveness of new oral anticoagulants compared with warfarin in preventing stroke and other cardiovascular events in patients with atrial fibrillation. *Value Health.* 2013;16(4). <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.01.009>
24. Vogl M, Wenig CM, Leidl R, Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health.* 2012;12(1):203. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-203>
25. Jha P. The hazards of smoking and the benefits of cessation: a critical summation of the epidemiological evidence in high-income countries. *Elife.* 2020;9:e49979. <https://doi.org/10.7554/eLife.49979>
26. Banque du Canada. Feuille de calcul de l'inflation [outil logiciel]. Ottawa (Ont.) : Banque du Canada [consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/>
27. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2020 [consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>
28. Tanuseputro P, Wodchis WP, Fowler R, Walker P, Bai YQ, Bronskill SE, et al. The health care cost of dying: a population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario, Canada. *PLoS One.* 2015;10(3):e0121759. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121759>
29. Statistique Canada. Produit intérieur brut (PIB) aux prix de base, par industries, moyenne annuelle, niveau d'industrie la plus détaillée (x 1 000 000) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2024 [modifié le 30 août 2024; consultation le 30 août 2024]. En ligne à : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3610043406&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3610043406&request_locale=fr)
30. Physicians for a Smoke-free Canada. Tobacco tax revenues per smoker, Canada 2012 to 2023 [Internet]. Ottawa (Ont.): Physicians for a Smoke-free Canada; 2024 [consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://smoke-free.ca/SUAP/2020/Taxrevenues%20per%20smoker.pdf>
31. Lee KM, McCarron CE, Bryan S, Coyle D, Krahn M, McCabe C, et al.; Lignes directrices en matière de méthodologie. Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada, 4<sup>e</sup> édition [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; [modifié le 20 mars 2017; consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://www.cda-amc.ca/fr/lignes-directrices-de-levaluation-economique-des-technologies-de-la-sante-au-canada-4e-edition>
32. Statistique Canada. Mortalité prématurée et potentiellement évitable, Canada, provinces et territoires [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [modifié le 30 août 2024; consultation le 30 août 2024]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310074401-fra>
33. Levy DT, Cadham CJ, Yuan Z, Li Y, Gravely S, Cummings KM. Comparison of smoking prevalence in Canada before and after nicotine vaping product access using the SimSmoke model. *Can J Public Health.* 2023;114(6):992-1005. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00792-3>
34. Dobrescu A, Bhandari A, Sutherland G, Dinh T. Les coûts du tabagisme au Canada, 2012. Ottawa (Ont.) : Conférence Board du Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/costs-tobacco-use-canada-2012/Co%20%BBTs-du-tabagisme-2012-fra.pdf>

## Aperçu

# Utilisation de produits de vapotage contenant de la nicotine lors d'une tentative d'abandon du tabagisme par des adultes canadiens fumeurs ou ayant récemment cessé de fumer : résultats concernant le Canada tirés de l'Enquête sur le tabagisme et le vapotage dans quatre pays menée en 2022 par le Projet international d'évaluation de la lutte antitabac

Shannon Gravely, Ph. D. (1); David Sweanor, J.D. (2,3); Pete Driezen, Ph. D. (1,4); David T. Levy, Ph. D. (5); Geoffrey T. Fong, Ph. D. (1,4,6); Anne C. K. Quah, Ph. D. (1); Lorraine V. Craig, M. Sc. (1); Janet Chung-Hall, Ph. D. (1); Susan C. Kaai, Ph. D. (1); K. Michael Cummings, Ph. D. (7)

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

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



## Résumé

Nous avons mené une analyse portant sur 1771 adultes canadiens qui fument ou fumaient des cigarettes en nous fondant sur les données de l'Enquête sur le tabagisme et le vapotage dans quatre pays menée en 2022 par le Projet international d'évaluation de la lutte antitabac. En utilisant des données pondérées, nous avons estimé la prévalence des tentatives d'abandon du tabagisme chez les adultes canadiens entre 2020 et 2022 et nous avons évalué leur utilisation d'un produit de vapotage contenant de la nicotine (PVN), de même que les arômes et les dispositifs le plus souvent utilisés lors de leur tentative d'abandon la plus récente. Dans l'ensemble, 36,5 % des participants ont tenté de cesser de fumer et 19,4 % de ces derniers ont utilisé un PVN. Ceux qui étaient plus jeunes et qui avaient effectivement cessé de fumer étaient plus susceptibles d'avoir utilisé un PVN. Les cartouches ou capsules (*Pods*) préremplies (36,3 %) et les arômes de fruits (39,5 %) étaient les choix les plus populaires.

**Mots-clés :** *vapotage de nicotine, tabagisme, tentative d'abandon du tabagisme, arômes de vapotage, dispositifs de vapotage, politiques*

## Introduction

Le tabagisme est à l'origine d'environ 48 000 décès au Canada chaque année<sup>1</sup>, et 3,8 millions de Canadiens ont fumé des cigarettes en 2022<sup>2</sup>. Selon les lignes directrices canadiennes en matière de pratique clinique, la méthode la plus efficace pour

cesser de fumer consiste à associer la pharmacothérapie à un soutien comportemental offert en personne par un professionnel de la santé<sup>3</sup>. Cependant, peu de personnes ont recours à des médicaments sur ordonnance et à des services de soutien<sup>4,5</sup>. Bien que les produits de vapotage contenant de la nicotine (PVN, également

### Points saillants

- Santé Canada a proposé en 2021 d'imposer des restrictions fédérales sur tous les arômes de produits de vapotage contenant de la nicotine (PVN), à l'exception des arômes de tabac, de menthol et de menthe, alors que certaines provinces ont déjà interdit certains arômes.
- Un adulte canadien sur cinq ayant tenté de cesser de fumer a utilisé un PVN lors de sa tentative la plus récente, les choix les plus populaires étant les arômes de fruits et les cartouches ou capsules (*Pods*) préremplies.
- Parmi les adultes canadiens qui ont tenté de cesser de fumer, 68 % ont utilisé des arômes qui seraient interdits d'après les restrictions d'arômes proposées par Santé Canada.
- Il n'y a pas eu de différences en ce qui concerne les arômes ou les dispositifs les plus utilisés entre les personnes ayant déclaré avoir cessé de fumer et celles n'ayant pas cessé de fumer.

### Rattachement des auteurs :

1. Département de psychologie, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
2. Faculté de droit, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Centre de Droit, politique et éthique de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
4. École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
5. École de médecine, Georgetown University, Washington (D.C.), États-Unis
6. Institut ontarien de recherche sur le cancer, Toronto (Ontario), Canada
7. Département de psychiatrie et des sciences du comportement, Medical University of South Carolina, Charleston (Caroline du Sud), États-Unis

**Correspondance :** Shannon Gravely, professeure et adjointe de recherche, Projet international d'évaluation de la lutte antitabac (Projet ITC), Département de psychologie, Université de Waterloo, 200 University Ave W, Waterloo (Ontario) N2L 3G1; tél. : 519-888-4567 poste : 47970; courriel : [shannon.gravely@uwaterloo.ca](mailto:shannon.gravely@uwaterloo.ca).

appelés cigarettes électroniques) ne soient pas approuvés comme aide à l'arrêt du tabagisme au Canada, ils se sont avérés efficaces pour aider les gens à cesser de fumer<sup>6</sup>, en particulier lorsque le vapotage est plus fréquent (p. ex. quotidien)<sup>7-9</sup>. Selon le gouvernement canadien, le fait de passer entièrement au vapotage signifie que l'on cesse complètement de fumer des cigarettes, ce qui réduit les risques d'effets néfastes sur la santé<sup>10</sup>.

L'augmentation du vapotage chez les jeunes et chez les jeunes adultes non fumeurs au Canada<sup>11</sup> est un problème de santé publique important<sup>12-16</sup>. La variété des arômes et l'offre de dispositifs nouveaux, innovants et peu coûteux sont susceptibles d'attirer les jeunes et les jeunes adultes férus de technologie. Par conséquent, certaines provinces ont adopté ou envisagent d'adopter des mesures réglementaires pour réduire l'utilisation des PVN par les mineurs<sup>15,16</sup>. En juin 2021, Santé Canada a publié un projet de règlement dans l'intention de protéger les jeunes contre les incitations à utiliser des produits de vapotage. Le projet vise notamment à réduire le vapotage chez les jeunes 1) en restreignant la promotion des arômes des produits de vapotage aux arômes de tabac, de menthe ou de menthol ou à une combinaison de menthe et de menthol; 2) en interdisant tous les sucres et édulcorants ainsi que la plupart des ingrédients aromatisants, à l'exception d'un nombre limité d'ingrédients pour conférer un arôme de tabac ou de menthe/menthol et 3) en prescrivant des normes applicables aux propriétés sensorielles afin de prévenir toute perception sensorielle autre que celles qui sont typiques du tabac ou de la menthe/du menthol<sup>17</sup>.

On sait peu de choses sur les adultes canadiens qui ont utilisé des PVN lors de leur plus récente tentative pour cesser de fumer, si ce n'est qu'ils semblent préférer les arômes fruités et sucrés<sup>18-21</sup>. Des études suggèrent également que les adultes qui vapotent sont moins susceptibles que les jeunes d'utiliser des dispositifs jetables<sup>22-24</sup>.

En utilisant les données d'une enquête nationale représentative des adultes canadiens qui fument des cigarettes ou ont cessé de fumer, nous avons estimé 1) la prévalence des tentatives d'abandon du tabagisme chez les adultes entre 2020 et 2022, 2) l'utilisation de PVN par ceux qui ont tenté de cesser de fumer et 3) les

arômes et les dispositifs les plus utilisés pendant ces tentatives.

## Méthodologie

Dans notre étude, nous avons utilisé les données de la quatrième vague (août-décembre 2022) du volet canadien de l'Enquête sur le tabagisme et le vapotage dans quatre pays (4CV) menée par le Projet international d'évaluation de la lutte anti-tabac (Projet ITC), et nous avons inclus les adultes canadiens (18 ans et plus) qui avaient déclaré fumer des cigarettes tous les jours (n = 1 217), toutes les semaines (n = 262) ou tous les mois, mais qui avaient déjà fumé tous les jours (n = 65) ou avaient cessé de fumer au cours des deux dernières années (après avoir fumé tous les jours ou avoir fumé au moins une fois par semaine au cours des 24 derniers mois; n = 227).

Les répondants ont été recrutés à partir du panel probabiliste en ligne de Léger Opinion (Montréal, Québec) pour les 10 provinces. Tous les répondants admissibles ont donné leur consentement.

### Approbation du comité d'éthique

Les protocoles d'enquête et l'ensemble du matériel, dont les questionnaires d'enquête, ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Waterloo (REB#20803/30570). Les détails concernant l'enquête 4CV menée par le Projet ITC en 2022 sont présentés dans le document *ITC Four Country Smoking and Vaping Survey, Wave 4 (4CV4, 2022) Technical Report*<sup>25</sup>.

### Mesures

Le questionnaire utilisé pour le volet canadien de l'enquête 4CV menée par le Projet ITC en 2022 est disponible sur le site Web du Projet ITC, à l'adresse : <https://itcproject.org/surveys/canada/4cv4-ca/>.

La question suivante a été posée aux personnes interrogées : « Au cours des 24 derniers mois, avez-vous essayé de cesser de fumer? » Si elles répondaient « Oui », on leur demandait alors de sélectionner « toutes les réponses qui s'appliquent » à la question « Parmi les formes d'aide suivantes, lesquelles avez-vous utilisées dans le cadre de votre dernière tentative de cessation? » Les choix de réponse pris en considération pour cette étude ont été les suivants : un produit de vapotage (cigarette

électronique), une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), des médicaments sur ordonnance (combinés : varénicline ou bupropion) et des services de soutien (combinés : service d'aide téléphonique ou ligne d'assistance aux fumeurs; applications ou services automatisés sur un téléphone mobile ou une tablette; clinique, counseling individuel ou de groupe; cours sur la cessation du tabagisme ou thérapie comportementale) ou arrêt autonome sans médicaments, nicotine (comme les cigarettes électroniques, les produits de tabac chauffé ou de tabac sans fumée, les sachets de nicotine), services de soutien ou autres méthodes d'assistance (c.-à-d. sans aucune aide). Les répondants pouvaient choisir plus d'une forme d'aide si c'était le cas. Si les répondants déclaraient avoir utilisé un produit de vapotage (cigarette électronique) au moment de leur tentative d'abandon la plus récente, ils se faisaient poser les questions suivantes : 1) « Quel type de vapoteuse avez-vous utilisé lors de votre dernière tentative de cessation? »; et 2) « Quelle catégorie d'arômes de e-liquide avez-vous le plus utilisée durant votre dernière tentative de cessation? »

### Analyses statistiques

Des statistiques descriptives pondérées ont été utilisées pour estimer la proportion d'adultes canadiens ayant tenté de cesser de fumer entre 2020 et 2022. Des pondérations transversales ont été calculées pour rendre l'échantillon aussi représentatif que possible de la population canadienne d'âge adulte qui vapote, fume ou a déjà fumé en fonction du sexe, du groupe d'âge, du niveau de scolarité et de la zone géographique. L'Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine de 2022 a servi de référence pour l'élaboration de la pondération.

Nous avons déterminé les caractéristiques des groupes de population qui étaient davantage susceptibles d'utiliser un PVN lors de leur tentative d'abandon du tabagisme la plus récente. Nous avons utilisé des régressions multinomiales pour évaluer l'arôme et le dispositif le plus souvent choisis par les personnes qui avaient utilisé un PVN au moment de leur tentative d'abandon du tabagisme, en tenant compte de l'âge, du sexe et de leur catégorie de tabagisme. Ensuite, nous avons utilisé un modèle de régression logistique pour déterminer s'il y avait des différences selon la catégorie de tabagisme dans l'utilisation

des arômes qui seraient interdits par rapport à ceux qui seraient permis d'après les restrictions d'arômes proposées par Santé Canada. Le modèle a été ajusté pour le sexe et l'âge.

### Énoncé sur la disponibilité des données

Dans chaque pays participant au Projet ITC, les données sont détenues conjointement par le chercheur principal ou les chercheurs principaux du pays et par le Projet ITC, à l'Université de Waterloo. Les données du Projet ITC sont mises à la disposition des chercheurs autorisés deux ans après la publication des ensembles de données épurées par le centre de gestion des données du Projet ITC. Les chercheurs souhaitant utiliser ces données doivent demander l'autorisation des responsables du dépôt de données du Projet ITC et signer une entente relative à l'utilisation de ces données. Les critères à respecter pour obtenir l'autorisation d'utiliser des données et le libellé de l'entente relative à l'utilisation des données sont consultables en ligne (<http://www.itcproject.org>).

### Résultats

Parmi les 1771 adultes admissibles aux analyses ultérieures, 36,5 % (après pondération;  $n = 739$ ) ont déclaré avoir tenté de cesser de fumer au moins une fois au cours des deux dernières années et 37,4 % n'ont eu recours à aucune aide, 31,2 % ont utilisé une TRN, 19,4 % ont utilisé un PVN, 12,2 % ont utilisé un médicament sur ordonnance (varénicline ou bupropion) et 8,8 % ont eu recours à des services de soutien.

Ceux qui ont utilisé un PVN lors de leur tentative d'abandon la plus récente étaient plus susceptibles d'être jeunes (de 18 à 39 ans;  $p < 0,001$ ), d'avoir effectivement cessé de fumer (31,5 %;  $p < 0,001$ ) et d'avoir utilisé des services de soutien (34,9 %;  $p = 0,03$ ) (voir le tableau 1). Parmi les répondants ayant utilisé un PVN ( $n = 169$ ), 45,5 % ont également utilisé une TRN ( $n = 61$ ), 13,5 % ont utilisé un médicament sur ordonnance ( $n = 22$ ) et 20,7 % ont utilisé des services de soutien ( $n = 21$ ).

Les types de dispositifs les plus utilisés étaient les cartouches préremplies ou les capsules (*pods*) (36,3 %), et les arômes les plus utilisés étaient les arômes de fruits (39,5 %) (voir le tableau 2). Il n'y a pas de différence statistiquement significative

sur le plan du dispositif ( $p = 0,74$ ) ou de l'arôme ( $p = 0,36$ ) utilisé entre les personnes qui fumaient et celles qui avaient cessé de fumer. L'analyse de régression a révélé qu'une majorité d'adultes (tant ceux dont la tentative d'abandon du tabagisme avait échoué que ceux dont la tentative avait réussi) a utilisé des arômes qui seraient interdits (67,6 %) d'après les restrictions d'arômes proposées par Santé Canada.

Les personnes qui ont cessé de fumer sont plus nombreuses à avoir utilisé des arômes qui seraient interdits (70,9 %) que celles qui fumaient en 2022 (66,3 %), mais la différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,70$ ) (voir le tableau 3).

### Analyse

Nous avons constaté qu'environ deux adultes canadiens sur cinq qui fumaient des cigarettes ont tenté de cesser de fumer entre 2020 et 2022. Près de 40 % des personnes qui ont tenté de cesser de fumer n'ont eu recours à aucune forme d'aide. Chez les personnes qui ont tenté de cesser de fumer avec de l'aide, les formes d'aide les plus courantes étaient les TRN, suivies des PVN. Près de la moitié des adultes qui ont utilisé un PVN ont également utilisé une TRN lors de leur tentative d'abandon du tabagisme la plus récente. Les personnes les plus susceptibles d'utiliser un PVN étaient plus jeunes et déclaraient avoir cessé de fumer. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée sur le plan des dispositifs ou des arômes utilisés entre les adultes qui ont échoué et ceux qui ont réussi à cesser de fumer en utilisant un PVN. Cependant, la majorité des adultes a utilisé des arômes qui seraient interdits d'après les restrictions proposées par Santé Canada. Il semble donc que les politiques rendant les PVN moins attrayants et moins satisfaisants en tant que substituts de la cigarette pourraient avoir des conséquences involontaires sur les adultes qui fument et qui envisagent de se tourner vers le vapotage, en les décourageant de commencer ou de continuer à utiliser un PVN.

En raison des dangers de la cigarette, les fournisseurs de soins de santé devraient encourager les fumeurs à utiliser toutes les méthodes possibles pour cesser de fumer. Chez les personnes qui tentent de cesser de fumer sans aide, le taux d'échec pour une tentative donnée est généralement supérieur à 90 %<sup>5</sup>. Fait à noter, bien

que les PVN puissent constituer un moyen efficace d'abandonner la cigarette<sup>6-9,26</sup>, même chez les personnes qui n'ont pas l'intention de cesser de fumer au départ<sup>27</sup>, les préférences en matière de PVN varient<sup>4</sup>. Par exemple, certains adultes (en particulier les plus âgés) peuvent ne pas envisager d'utiliser un PVN comme aide pour cesser de fumer et opter plutôt pour d'autres formes d'aide. L'utilisation d'un traitement pharmacologique peut augmenter considérablement les chances de succès chez les adultes qui sont dépendants du tabac<sup>5</sup>. Le remplacement complet des cigarettes par des PVN pourrait également favoriser l'abstinence, mais davantage d'études doivent être menées sur le sujet.

D'après les données probantes, les arômes de liquides à vapoter joueraient un rôle important dans l'utilisation des cigarettes électroniques, notamment sur le plan de l'initiation, du maintien, de l'acceptabilité, de l'attrait et de la satisfaction<sup>19,28-30</sup>. La « saveur » des arômes est une expérience sensorielle subjective qui varie d'une personne à l'autre en raison de seuils de sensibilité différents<sup>31</sup>. Alors que certaines personnes préfèrent les arômes âpres, amers ou acidulés, d'autres préfèrent les arômes sucrés, salés ou frais. Notre objectif n'était pas d'étudier l'issue des tentatives d'abandon du tabagisme en fonction des arômes utilisés, mais plutôt de décrire les préférences en matière d'arômes observées chez les adultes canadiens ayant tenté de cesser de fumer. Notre étude a révélé que les adultes cherchant expressément à cesser de fumer manifestaient une forte préférence pour des produits aromatisés qui feraient l'objet de restrictions d'après la politique proposée par Santé Canada. Une proportion plus faible mais non négligeable d'adultes utilisait plus souvent un arôme de tabac, cette préférence étant plus fréquente chez les sujets moins jeunes.

Lors de l'élaboration des politiques, la question de rendre des produits à faible risque moins attrayants devrait être étudiée de façon rigoureuse, car cela pourrait réduire, chez les adultes canadiens qui souhaitent cesser de fumer, l'intérêt envers les PVN et l'utilisation de ces produits. Compte tenu de l'importance vraisemblable des PVN aromatisés pour les adultes, et pour empêcher l'utilisation de ces produits par les jeunes, il faudrait explorer d'autres solutions qu'une interdiction complète des arômes. Par exemple, on pourrait exiger que les PVN soient vendus par des détaillants adultes agréés, que les

**TABEAU 1**  
**Caractéristiques des adultes (18 ans et plus) ayant utilisé un PVN par rapport à ceux n'en ayant pas utilisé lors de leur tentative d'abandon du tabagisme la plus récente entre 2020 et 2022a, Canada (n = 739)**

Caractéristiques <sup>b</sup>	Utilisation d'un PVN lors de la tentative d'abandon du tabagisme la plus récente (n = 169), % <sup>c</sup>	Valeur p <sup>d</sup>	RC (IC à 95 %)
<b>Sexe à la naissance</b>			
Féminin	20,5	0,64	0,13 (0,68 à 1,90)
Masculin	18,6		Référence
<b>Groupe d'âge (ans)</b>			
18 à 24	28,2	< 0,001	4,47 (2,05 à 9,77)
25 à 39	31,6		5,26 (2,54 à 10,91)
40 à 54	12,2		1,59 (0,79 à 3,21)
55 et plus	8,1		Référence
<b>Plus haut niveau de scolarité atteint</b>			
École secondaire ou moins	24,0	0,35	1,67 (0,86 à 3,24)
École de métiers, collège ou études universitaires partielles	16,4		1,04 (0,55 à 1,95)
Diplôme universitaire ou plus	15,9		Référence
<b>Revenu annuel du ménage, en \$ CA</b>			
Moins de 30 000	13,4	0,10	0,55 (0,26 à 1,14)
30 000 à 59 999	22,6		1,04 (0,57 à 1,89)
60 000 et plus	9,8		Référence
<b>Tabagisme</b>			
Toutes les catégories de tabagisme <sup>e</sup>	12,7	< 0,001	Référence
Fume tous les jours	11,9	—	—
Fume toutes les semaines	15,8	—	—
Fume tous les mois	17,1	—	—
A cessé de fumer	31,5	< 0,001	3,16 (1,89 à 5,26)
<b>Recours à une TRN</b>			
Oui	21,5	0,50	1,21 (0,70 à 2,10)
Non	18,5		Référence
<b>Recours à un médicament sur ordonnance<sup>f</sup></b>			
Oui	16,3	0,51	0,79 (0,39 à 1,59)
Non	19,9		Référence
<b>Recours à des services de soutien<sup>g</sup></b>			
Oui	34,9	0,03	2,45 (1,11 à 5,40)
Non	17,9		Référence

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; PVN, produit de vapotage contenant de la nicotine; RC, rapport de cotes; TRN, thérapie de remplacement de la nicotine.

<sup>a</sup> Les données ont été déclarées rétrospectivement au moment du volet canadien de l'Enquête sur le tabagisme et le vapotage dans quatre pays du Projet international d'évaluation de la lutte anti-tabac (2022). Les répondants sont les personnes qui avaient déclaré avoir tenté de cesser de fumer au cours des deux dernières années (2020-2022) (n = 739), avoir utilisé un PVN lors de leur dernière tentative d'abandon du tabagisme (n = 169) ou ne pas avoir utilisé de produit de vapotage lors de leur dernière tentative d'abandon du tabagisme (n = 570). Les données sont présentées pour ceux qui ont utilisé un PVN lors de leur tentative d'abandon la plus récente (n = 169). Le groupe de référence est celui des personnes n'ayant pas utilisé de PVN (n = 570).

<sup>b</sup> Caractéristiques en 2022.

<sup>c</sup> Les données sont pondérées mais non ajustées.

<sup>d</sup> La valeur p provient du test composite (effet principal).

<sup>e</sup> Les adultes canadiens (18 ans et plus) dans l'étude menée en 2022 étaient ceux qui 1) fumaient des cigarettes tous les jours, 2) fumaient des cigarettes toutes les semaines, 3) fumaient des cigarettes tous les mois mais avaient déjà fumé tous les jours et 4) avaient cessé de fumer au cours des deux dernières années (mais avaient déjà fumé tous les jours ou fumé au moins une fois par semaine au cours des 24 derniers mois). La catégorie « Toutes les catégories de tabagisme » englobe les groupes 1 à 3.

<sup>f</sup> Les médicaments sur ordonnance sont la varénicline ou le bupropion.

<sup>g</sup> Services de soutien : service d'aide téléphonique, applications ou services automatisés sur un téléphone mobile ou une tablette et clinique, counseling individuel ou de groupe, cours sur la cessation du tabagisme ou thérapie comportementale.

**TABEAU 2**  
Types de dispositifs et arômes les plus utilisés par les adultes (18 ans et plus) ayant utilisé un PVN lors de leur tentative d'abandon du tabagisme la plus récente entre 2020 et 2022, Canada (n = 169)

Variables dépendantes	Fumeurs (n = 119), en % (ET) <sup>a</sup>	Personnes ayant cessé de fumer (n = 50), en % (ET) <sup>a</sup>	Valeur p <sup>b</sup>	Globalement (n = 169), % (ET)
<b>Type de dispositif (le plus) utilisé</b>				
Avec réservoir (remplissable) (n = 40)	27,3 (7,8)	25,5 (8,3)	0,74	26,3 (5,6)
Avec capsule/cartouche préremplie (n = 64)	38,4 (7,6)	34,8 (8,4)		36,3 (5,7)
Avec capsule/cartouche remplissable (n = 37)	17,3 (5,3)	27,3 (8,3)		23,1 (5,3)
Jetable (référence) (n = 26)	16,3 (5,6)	10,4 (5,6)		12,9 (3,8)
Ne sait pas (n = 2)	0,6 (0,6)	2,1 (2,1)		1,4 (1,2)
<b>Arôme le plus utilisé<sup>c</sup></b>				
Arôme de tabac seulement (n = 23)	20,5 (7,9)	13,9 (8,0)	0,36	16,6 (5,5)
Mélange d'arômes de tabac et de menthol (n = 16)	9,5 (4,0)	2,8 (2,4)		5,6 (2,1)
Menthol seulement (n = 8)	2,7 (1,7)	6,8 (4,8)		5,1 (2,7)
Menthe seulement (n = 8)	4,3 (2,1)	1,5 (1,6)		2,7 (1,2)
Mélange de menthe et d'un autre arôme (ex. : menthe bleuet) <sup>d</sup> (n = 10)	4,4 (2,2)	5,1 (3,8)		4,8 (2,3)
Mélange d'un arôme glacé avec un autre arôme (ex. : melon glacé) <sup>d</sup> (n = 19)	8,9 (3,2)	10,1 (4,6)		9,6 (2,8)
Fruits uniquement (ex. : mangue, fraise, bleuet) <sup>d</sup> (n = 65)	41,9 (8,3)	37,8 (8,5)		39,5 (5,7)
Bonbons, desserts, sucreries, chocolat <sup>d</sup> (n = 15)	7,6 (3,6)	18,1 (7,3)		13,7 (4,4)
Liquide à vapoter non aromatisé (référence) (n = 3)	0,3 (0,3)	3,8 (2,9)		2,3 (1,6)

**Abréviations :** ET, erreur type; PVN, produit de vapotage contenant de la nicotine.

<sup>a</sup> Après pondération.

<sup>b</sup> La valeur p provient du modèle de test composite (effet principal).

<sup>c</sup> Arôme le plus utilisé : n = 167 (données manquantes pour deux répondants). Toutes les réponses reposent sur l'autodéclaration.

<sup>d</sup> Arômes qui seraient interdits d'après les restrictions d'arômes proposées par Santé Canada.

emballages soient neutres, que la publicité et la promotion soient strictement réglementées et qu'une vérification rigoureuse de l'âge des clients soit effectuée au moment de l'achat. Pour encourager le remplacement des produits de tabac chauffé par des produits de tabac sans fumée, il convient de mettre en œuvre des mesures de réglementation et de taxation adaptées aux risques encourus.

### Points forts et limites

Cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, étant transversale, notre étude ne permet pas l'établissement de liens de

causalité (par exemple, on ne peut pas déterminer s'il existe un lien de cause à effet entre certains arômes et dispositifs et l'issue de la tentative d'abandon du tabagisme). Ensuite, les mesures rétrospectives effectuées dans le cadre de notre étude peuvent avoir entraîné un biais de rappel. Enfin, certaines estimations doivent être interprétées avec circonspection en raison de la faible taille des échantillons dans certains sous-groupes.

### Conclusion

Dans l'ensemble, nous avons constaté que la plupart des adultes qui ont tenté de

cesser de fumer et qui ont eu recours à un PVN ont utilisé une variété d'arômes qui seraient restreints d'après la politique d'interdiction des arômes de vapotage proposée par Santé Canada. Il convient donc d'analyser attentivement les effets des politiques qui interdiraient la mise sur le marché de PVN aux arômes attractifs. Des études prospectives sont nécessaires pour préciser le rôle des arômes dans le cadre des tentatives d'abandon du tabagisme.

### Financement

Les Enquêtes sur le tabagisme et le vapotage dans quatre pays menées par le Projet

**TABEAU 3**  
Comparaison entre fumeurs et anciens fumeurs (18 ans et plus) ayant utilisé un PVN avec des arômes qui seraient interdits par rapport aux arômes qui ne seraient pas interdits<sup>a</sup> lors de leur tentative d'abandon du tabagisme la plus récente entre 2020 et 2022, Canada (n = 169)

Tabagisme	Utilisation d'un arôme interdit, en % (ET) <sup>b</sup>	Rapport de cotes	IC à 95 %
Fumeur en 2022	66,3 (7,1)	1,24	Référence
A cessé de fumer entre 2020 et 2022	70,9 (10,2)		0,42 à 3,70

**Abréviations :** ET, erreur type; IC, intervalle de confiance; PVN, produit de vapotage contenant de la nicotine.

<sup>a</sup> Arômes qui seraient interdits d'après les restrictions proposées par Santé Canada, soit tous les liquides à vapoter aromatisés à l'exception de ceux aromatisés au tabac, au menthol ou à la menthe ou les liquides à vapoter non aromatisés. Toutes les réponses sont autodéclarées.

<sup>b</sup> Les estimations marginales conditionnelles sont tirées du modèle. La variabilité d'échantillonnage est élevée dans le cas de certaines estimations en raison de la faible taille des échantillons (ET relative supérieure à 30 %). Interpréter avec circonspection.

ITC ont été subventionnées par le National Cancer Institute des États-Unis (P01 CA200512) et les Instituts de recherche en santé du Canada (FDN-148477). GTF bénéficie d'une subvention de chercheur principal de la part de l'Institut ontarien de recherche sur le cancer. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte, l'analyse ou l'interprétation des données, la rédaction du manuscrit ou la décision de publier les résultats.

## Conflits d'intérêts

KMC a agi et continue d'agir à titre de témoin expert rémunéré dans des procédures judiciaires intentées contre des fabricants de cigarettes. GTF a agi en tant que témoin expert ou consultant pour des gouvernements défendant leurs politiques ou leur réglementation en matière de tabac dans le cadre de procédures judiciaires et a été membre du groupe consultatif scientifique de Santé Canada sur les produits de vapotage (de 2017 à 2020; sans rémunération). Les autres auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

## Contributions des auteurs et avis

SG : conception, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit.

DS : conception, relectures et révision.

PD : validation des données, relectures et révision.

DTL : relectures et révision.

GTF : obtention du financement, rédaction, relectures et révision.

ACKQ : relectures et révision.

LVC : relectures et révision.

JC : relectures et révision.

SCK : relectures et révision.

KMC : obtention du financement, relectures et révision.

Tous les auteurs ont approuvé la version finale du manuscrit avant sa soumission pour publication.

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. Santé Canada. Le tabac et les décès précoces [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 26 juil. 2023; consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/etiquetage-produits-tabac/tabagisme-mortalite.html>
2. Vankar P. Share of Canadians who were current smokers in 2022, by province [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statista; 2024 [consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://www.statista.com/statistics/1328436/current-smokers-canadians-by-province/#:~:text=How%20many%20Canadians%20smoke%3F,both%20over%20the%20past%20decade>
3. Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT). Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline: overview of summary statements. Toronto (Ont.) : Centre for Addiction and Mental Health; 2011. En ligne à : <https://www.nicotine-dependenceclinic.com/en/canadaptt/PublishingImages/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines/Summary%20Statements%20Overview.pdf>
4. Gravely S, Cummings KM, Hammond D, Borland R, McNeill A, East KA, et al. Self-reported quit aids and assistance used by smokers at their most recent quit attempt: findings from the 2020 International Tobacco Control Four Country Smoking and Vaping Survey. *Nicotine Tob Res.* 2021;29;23(10):1699-1707. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab068>
5. United States Public Health Service Office of the Surgeon General; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Smoking cessation: a report of the Surgeon General. Washington (DC) : US Department of Health and Human Services; 2020.
6. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Hajek P, Begh R, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;1(1):CD010216. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub8>
7. Gravely S, Meng G, Hammond D, Hyland A, Cummings KM, Borland R, et al. Differences in cigarette smoking quit attempts and cessation between adults who did and did not take up nicotine vaping: findings from the ITC four country smoking and vaping surveys. *Addict Behav.* 2022;132:107339. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107339>
8. Glasser AM, Vojjala M, Cantrell J, Levy DT, Giovenco DP, Abrams D, et al. Patterns of e-cigarette use and subsequent cigarette smoking cessation over 2 years (2013/2014-2015/2016) in the Population Assessment of Tobacco and Health Study. *Nicotine Tob Res.* 2021;23(4):669-677. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa182>
9. McDermott MS, East KA, Brose LS, McNeill A, Hitchman SC, Partos TR. The effectiveness of using e-cigarettes for quitting smoking compared to other cessation methods among adults in the United Kingdom. *Addiction.* 2021;116(10):2825-2836. <https://doi.org/10.1111/add.15474>
10. Gouvernement du Canada. Le vapotage et cessation tabagique [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2023 [consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage/arreter-fumer.html>
11. Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, Hong D; The International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC) Youth Tobacco and Vaping Survey Team. Trends in smoking and vaping among young people: findings from the ITC youth survey [Internet]. Waterloo (Ont.) : University of Waterloo; 2023 [consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://davidhammond.ca/wp-content/uploads/2023/08/2023-ITC-Youth-Report-Final.pdf>

12. Stastna M. Health groups call for immediate federal action to protect young people from the risks of vaping products [Internet]. Ottawa (Ont.) : Canadian Lung Association; 2019 [consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://www.lung.ca/health-groups-call-immediate-federal-action-protect-young-people-risks-vaping-products>
13. Côté D. News release: Public highly concerned about youth vaping, poll reveals [Internet]. Toronto (Ont.) : Heart and Stroke Foundation of Canada; 2020 [consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://www.heartandstroke.ca/what-we-do/media-centre/news-releases/public-highly-concerned-about-youth-vaping-poll-reveals>
14. Miller A. Canada has some of the highest teen vaping rates in the world, new data shows [Internet]. CBC News. 17 mai 2023 [consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://www.cbc.ca/news/health/canada-teen-vaping-survey-e-cigarettes-1.6845408#:~:text=%20Health%20Canada%20is%20aware%20of,which%20ended%20in%20September%202021>
15. Physicians for a Smoke-Free Canada. At-a-glance: Provincial restrictions on vaping products [Internet]. Ottawa (Ont.) : Physicians for a Smoke-Free Canada; 2024. En ligne à : <https://www.smoke-free.ca/SUAP/2020/Provincial%20regulations%20on%20vaping%20promotions.pdf>
16. Ferst R. Calls for regulation in Manitoba, Canada picking up steam as Quebec's flavoured vape ban takes effect [Internet]. CBC News. 1<sup>er</sup> nov. 2023 [consultation le 17 sept. 2024]. En ligne à : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/quebec-flavoured-vape-ban-reactions-1.7015308>
17. Gouvernement du Canada. Décret modifiant les annexes 2 et 3 de la Loi sur le tabac et les produits de vapotage (arômes). Gazette du Canada [Internet]. 19 juin 2021 [consultation le 17 sept. 2024]:155(25). En ligne à : <https://gazette.gc.ca/rp-pr/p1/2021/2021-06-19/html/reg2-fra.html>
18. Zare S, Nemati M, Zheng Y. A systematic review of consumer preference for e-cigarette attributes: flavor, nicotine strength, and type. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194145>
19. Gravely S, Cummings KM, Hammond D, Lindblom E, Smith DM, Martin N, et al. The association of e-cigarette flavors with satisfaction, enjoyment, and trying to quit or stay abstinent from smoking among regular adult vapers from Canada and the United States: findings from the 2018 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(10):1831-1841. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa095>
20. Du P, Bascom R, Fan T, Sinharoy A, Yingst J, Mondal P, et al. Changes in flavor preference in a cohort of long-term electronic cigarette users. *Ann Am Thorac Soc*. 2020;17(5):573-581. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201906-472OC>
21. Gravely S, Smith DM, Liber AC, Cummings KM, East KA, Hammond D, et al. Responses to potential nicotine vaping product flavor restrictions among regular vapers using non-tobacco flavors: findings from the 2020 ITC Smoking and Vaping Survey in Canada, England and the United States. *Addict Behav*. 2022;125:107152. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107152>
22. Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, Bansal Travers M, Gravely S, Hyland A, et al. E-cigarette flavors, devices, and brands used by youths before and after partial flavor restrictions in the United States: Canada, England, and the United States, 2017-2020. *Am J Public Health*. 2022;112(7):1014-1024. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306780>
23. Hammond D, Reid JL. Trends in vaping and nicotine product use among youth in Canada, England and the USA between 2017 and 2022: evidence to inform policy. *Tob Control*. 2023; tc-2023-058241. <https://doi.org/10.1136/tc-2023-058241>
24. Gravely S, Yong HH, Reid JL, East KA, Liber AC, Cummings KM, et al. An examination of quitting smoking as a reason for vaping by the type of nicotine vaping device used most often among adults who smoke and vape: findings from the Canada, England and the United States 2020 ITC Smoking and Vaping Survey. *Prev Med Rep*. 2023;33:102201. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102201>
25. Fong GT, Thompson M, Boudreau C, Driezen P, Li G, Ouimet J, et al.; International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC) Project Research Team. ITC Four Country Smoking and Vaping Survey, Wave 4 (4CV4, 2022) Technical Report [Internet]. Waterloo (Ont.) : University of Waterloo; 2023. En ligne à : [https://itcproject.s3.amazonaws.com/uploads/documents/4CV4\\_Preliminary\\_Technical\\_Report\\_13Nov2023-NewFeb2024.pdf](https://itcproject.s3.amazonaws.com/uploads/documents/4CV4_Preliminary_Technical_Report_13Nov2023-NewFeb2024.pdf)
26. Agrawal S, Angus K, Arnott D, Ashcroft R, Aveyard P, Barry R, et al.; Royal College of Physicians (RCP). E-cigarettes and harm reduction: an evidence review [Internet]. Londres (UK) : RCP; 2024. En ligne à : [https://www.rcp.ac.uk/media/n5skyz1t/e-cigarettes-and-harm-reduction-full-report\\_updated\\_0.pdf](https://www.rcp.ac.uk/media/n5skyz1t/e-cigarettes-and-harm-reduction-full-report_updated_0.pdf)
27. Kasza KA, Hammond D, Gravely S, O'Connor RJ, Meng G, East K, et al. Associations between nicotine vaping uptake and cigarette smoking cessation vary by smokers' plans to quit: longitudinal findings from the International Tobacco Control Four Country Smoking and Vaping Surveys. *Addiction*. 2023;118(2):340-352. <https://doi.org/10.1111/add.16050>
28. Yingst J, Midya V, White A, Foulds J, Cobb CO, Veldheer S, et al. Effects of liquid nicotine concentration and flavour on the acceptability of electronic nicotine delivery systems (ENDS) among people who smoke participating in a randomised controlled trial to reduce cigarette consumption. *Tob Control*. 2024; tc-2023-058282. <https://doi.org/10.1136/tc-2023-058282>

- 
29. Bremmer MP, Campbell AM, Xia K, Tarran R, Girdler SS, Hendershot CS. Effects of nicotine content and preferred flavor on subjective responses to e-cigarettes: a randomized, placebo-controlled laboratory study. *Nicotine Tob Res.* 2024;26(3):307-315. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntad143>
  30. Kim H, Lim J, Buehler SS, Brinkman MC, Johnson NM, Wilson L, et al. Role of sweet and other flavours in liking and disliking of electronic cigarettes. *Tob Control.* 2016;25(Suppl 2):ii55-ii61. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053221>
  31. Smith B. Perspective: complexities of flavour. *Nature.* 2012;486(7403):S6. <https://doi.org/10.1038/486S6a>

## Autres publications de l'ASPC

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



Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues et livres. Voici quelques articles publiés en 2024.

Archambault PM, Rosychuk RJ, Audet M, Hau JP, Graves L, Décary S, [...] **Aziz S, Zakaria D**, et al. Post-COVID-19 condition symptoms among emergency department patients tested for SARS-CoV-2 infection. *Nat Commun.* 2024;15(1):8449. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-52404-4>

**Chen JC.** Lessons from a data scientist during COVID-19. *Nat Microbiol.* 2024;9(10):2466-2467. <https://doi.org/10.1038/s41564-024-01815-6>

Christopher G, Biswas A, **Lang JJ, Prince SA.** Différences entre les professions et les sexes en matière de navettage actif chez les travailleurs canadiens de 2006 à 2016. *Rapports sur la santé.* 2024;35(9):1-16. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400900001-fra>

Devane D, Hamel C, Gartlehner G, Nussbaumer-Streit B, Griebler U, Affengruber L, [...] **Garritty C.** Key concepts in rapid reviews: an overview. *J Clin Epidemiol.* 2024;175:111518. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111518>

**Doyon-Plourde P, Farley R, Krishnan R, Tunis M,** Wallace M, **Zafack J.** Direct quantitative comparison of benefits and risks of COVID-19 vaccines used in National Immunization Technical Advisory Groups Guidance during the first two years of the pandemic. *Vaccine.* 2024;42(26):126406. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.126406>

Drolet M, Laprise J, Chamberland É, Sauvageau C, Wilson S, Lim GH, [...] **Ashleigh Tuite**, et al. Switching from a 2-dose to a 1-dose program of gender-neutral routine vaccination against human papillomavirus in Canada: a mathematical modelling analysis. *CMAJ.* 2024;196(33):E1136-E1143. <https://doi.org/10.1503/cmaj.240787>

**Hajo S, Capaldi CA, Liu L.** Sexual and gender minority youth in Canada: An investigation of disparities in positive mental health. *Can J Public Health.* 2024. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00931-4>

**Killikelly A, Siu W, Abrams EM, Salvadori MI.** Respiratory syncytial virus vaccination in older adults. *CMAJ.* 2024;196(29):E1011. <https://doi.org/10.1503/cmaj.240906>

Mirza Ali, Zhu F, **Knox N,** Black LJ, Daly A, **Bonner C, Van Domselaar G,** et al. Mediterranean diet and associations with the gut microbiota and pediatric-onset multiple sclerosis using trivariate analysis. *Commun Med (Lond).* 2024;4(1):148. <https://doi.org/10.1038/s43856-024-00565-0>

Turcotte L, **Scott MM,** Petrich W, Tanuseputro P, Kobewka D. Quality of advance care planning in long-term care and transfers to hospital at the end of life. *J Am Med Dir Assoc.* 2024;25(11):105259. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105259>

Vasiliadis HM, Roberge P, Spagnolo J, Lamoureux-Lamarche C, Chapdelaine A, Brodeur M, [...] **Ishimo MC,** et al. A digital iCBT intervention for social anxiety disorder in Quebec and Ontario: protocol for a multi-phase effectiveness-implementation study. *BMC Psychiatry.* 2024;24(1):662. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06082-7>

**Yao X, Rama AA, Mazzitelli J, McFaul SR, Thompson W.** A mixed methods study on poisoning and injury-related emergency department visits associated with opioids in Canada, 2011 to 2022: from the Canadian hospitals injury reporting and prevention program. *BMC Public Health.* 2024;24(1):2546. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20016-8>

