Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 40 • numéro 11/12 • novembre/décembre 2020

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

365 Discrimination dans le système de soins de santé parmi les adultes au poids plus élevé : données issues d'une enquête transversale nationale canadienne

372 Les blessures pédiatriques au temps de la COVID-19

Exposé de politique fondé sur des données probantes

379 Consommation de substances et méfaits connexes dans le contexte de la COVID-19 : un modèle conceptuel

Commentaire

389 Réaction rapide face à la COVID-19 : relever les défis et améliorer la préparation mentale du personnel de sécurité publique

Annonce

395 Appel à contributions – Numéro spécial 2021 : Prévention et contrôle du tabagisme et du vapotage au Canada

396 Appel ouvert à contributions : pandémie de COVID-19

398 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

Anne-Marie Ugnat, Ph. D.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

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

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

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

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

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

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

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

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Chanelle Ayoub, B. Sc.
Rédactrice subalterne

Nicholas Cheta, B. Sc. Santé
Rédacteur subalterne

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

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

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

Liang Qian (Richard) You, M. Sc.
Gestionnaire de contenu web

Comité de rédaction

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

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

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

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

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

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

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

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

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

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

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

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

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

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

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

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

ISSN 2368-7398
Pub. 190451
PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

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

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

https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.01f

Recherche quantitative originale

Discrimination dans le système de soins de santé parmi les adultes au poids plus élevé : données issues d'une enquête transversale nationale canadienne

Neeru Gupta, Ph. D. (1); Andrea Bombak, Ph. D. (1); Ismael Foroughi, Ph. D. (1); Natalie Riediger, Ph. D. (2)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. La stigmatisation sociale liée au poids est corrélée à des résultats négatifs pour la santé. Les systèmes de soins de santé ne sont pas exempts de stigmatisation liée au poids, que ce soit des stéréotypes, des préjugés ou de la discrimination. Cette étude vise à examiner l'association entre la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) et le fait de subir ou non une discrimination dans un contexte de soins de santé.

Méthodologie. Nous avons utilisé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013, qui intègre pour la première fois à l'échelle nationale des mesures de la discrimination. Une analyse de régression logistique a été utilisée pour évaluer le risque de discrimination autodéclarée en matière de soins de santé chez les adultes (18 ans et plus) en fonction de différentes catégories de poids : non obèse (IMC inférieur à 30 kg/m²), obèse de classe I (IMC entre 30 et moins de 35 kg/m²) et obèse de classe II ou III (IMC de 35 kg/m² ou plus).

Résultats. Un adulte sur 15 (6,4 %; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 5,7 à 7,0 %) a déclaré avoir subi de la discrimination dans un établissement de soins de santé (cabinet de médecin, clinique, hôpital ou autre établissement). Par rapport aux personnes non obèses, le risque de discrimination dans des soins de santé était un peu plus élevé chez les personnes obèses de classe I (rapport de cotes [RC] = 1,20; IC à 95 % : 1,00 à 1,44) et significativement plus élevé parmi celles de classe II ou III (RC = 1,52; IC à 95 % : 1,21 à 1,91), après ajustement pour le sexe, l'âge et diverses caractéristiques socioéconomiques.

Conclusion. Les expériences quantifiées de discrimination liée au poids soulignent la nécessité de changer les attitudes et les pratiques des praticiens, ainsi que les politiques et les procédures des systèmes de soins de santé. Il est nécessaire d'approfondir la recherche sur les répercussions sociales et économiques de la stigmatisation liée au poids afin de guider des investissements ciblés visant à réduire la discrimination dans les systèmes de soins de santé, qui constituent des microcosmes de la société qu'ils reflètent.

Mots-clés: *poids, obésité, stigmatisation sociale, discrimination sociale, déterminants sociaux de la santé, enquêtes de santé, attitude du personnel de santé*

Points saillants

- La stigmatisation liée au poids est corrélée à des résultats négatifs sur le plan de la santé physique et mentale.
- D'après les données de la première enquête nationale représentative sur la discrimination quotidienne et médicale, 6,4 % des adultes canadiens ont été victimes de discrimination dans un établissement de soins de santé.
- Les personnes au poids plus élevé étaient significativement plus nombreuses à signaler une discrimination en matière de soins de santé – après ajustement pour le sexe, le groupe de revenu et d'autres caractéristiques sociales et démographiques – que celles dont l'indice de masse corporelle se situait dans la catégorie des personnes non obèses.
- D'autres recherches sont nécessaires pour éclairer les interventions visant à réduire la stigmatisation liée au poids dans les systèmes de soins de santé.

Introduction

Des publications, en nombre restreint mais en augmentation, semblent indiquer que la stigmatisation liée au poids est directement associée à des résultats physiologiques et psychologiques négatifs[1]. La stigmatisation et la discrimination ont un éventail d'effets qui peuvent entraîner des résultats négatifs pour la santé en créant et en renforçant les inégalités sociales[2]. Ces inégalités, à leur tour, limitent l'accès à diverses ressources et opportunités[2].

La stigmatisation dans le domaine des soins de santé nuit au diagnostic, au traitement et à l'atteinte d'une santé optimale[3]. Les conséquences de la stigmatisation liée au poids peuvent se manifester sous forme d'évitement des soins médicaux,

Rattachement des auteurs :

1. Département de sociologie, Université du Nouveau-Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick), Canada
2. Département des sciences des aliments et de la nutrition humaine, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

Correspondance : Neeru Gupta, Département de sociologie, Université du Nouveau-Brunswick C.P. 4400, Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5A3; tél. : 506-453-5177; courriel : ngupta@unb.ca.

de méfiance à l'égard des prestataires de soins, de non-observance du traitement, de perturbation des comportements alimentaires, d'inactivité physique et d'une moins bonne santé mentale[4-9]. La stigmatisation liée au poids a été associée à de nombreux troubles cardiométaboliques, notamment l'athérosclérose, les maladies cardiovasculaires, le diabète et le stress biologique[10-13].

Une évaluation longitudinale réalisée aux États-Unis a associé la discrimination liée au poids à un risque accru de mortalité, après ajustement pour diverses affections et comportements fréquemment associés[14]. L'Organisation mondiale de la santé affirme que de nombreux individus et groupes sont victimes de discrimination dans les établissements de soins de santé en raison de leur sexe, de leur âge, de leur appartenance ethnique, de leur identité sexuelle, de leur vulnérabilité à la maladie ou d'autres caractéristiques, et que cette discrimination n'est pas le fait d'un milieu isolé[15]. Il est donc nécessaire de disposer d'une meilleure base de données probantes pour soutenir la responsabilisation et l'élaboration de politiques dans ce domaine[15].

Les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé de la population et sur les inégalités en santé sont de plus en plus reconnues, au Canada comme ailleurs[16-18]. Les données d'une enquête nationale auprès des ménages indiquent que la discrimination quotidienne persiste envers plusieurs groupes sociaux au Canada[19,20]. La discrimination est souvent reliée au sexe et à certaines caractéristiques physiques comme le poids, bien que les modèles empiriques intergroupes de mauvais traitements subtils chroniques ne suivent pas nécessairement la trajectoire de base de la théorie de la socialisation[19,20].

Plus spécifiquement, l'expression « stigmatisation liée au poids » est couramment utilisée dans la littérature. Elle réfère aux « attitudes et croyances négatives liées au poids qui se manifestent par des stéréotypes, un rejet et des préjugés à l'égard des personnes en surpoids ou obèses » [traduction][22]. Certaines études ont révélé qu'une proportion importante de cliniciens ont des préjugés sur les patients ayant un poids élevé, notamment qu'ils sont moins motivés, qu'ils ne se conforment pas aux consignes, qu'ils sont maladroits et qu'ils manquent de volonté[23-25]. Dans un échantillon de 400 médecins de famille exerçant au Canada, les réponses d'une proportion importante de répondants évoquent un biais lié au poids : 49 % étaient d'accord avec l'énoncé selon lequel « les personnes obèses augmentent la demande à l'égard du système de soins de santé public », 33 % ont déclaré qu'ils « se sentent souvent frustrés par les patients obèses », 28 % que « souvent les patients obèses ne respectent pas les recommandations de traitement », 19 % qu'ils « ressentent du dégoût lorsqu'ils traitent un patient obèse » et 17 % ont indiqué qu'ils « pensent parfois que les personnes obèses sont malhonnêtes »[26].

Au Canada, la prévalence de la stigmatisation fondée sur le poids dans différents milieux est sous-explorée, malgré les effets pernicieux qu'elle génère[27]. Notre étude vise à combler cette lacune dans les connaissances en évaluant l'association entre un poids plus élevé et la discrimination autodéclarée dans les soins de santé chez les femmes et les hommes au Canada.

Nous avons utilisé les renseignements provenant d'une collecte de données nationales sur la stigmatisation et la discrimination en tant que problème émergent de santé de la population afin de soutenir une promotion de la santé fondée sur des données probantes dans un contexte de couverture publique universelle des soins de santé. L'objectif est d'éclairer les actions stratégiques visant à renforcer la responsabilité et à réduire la stigmatisation dans le système de soins de santé en tant que microcosme de la société qu'il reflète.

Méthodologie

Plan d'étude

Nous avons analysé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2013 et, plus précisément, de son module de réponse rapide sur la discrimination dans la vie de tous les jours. L'ESCC est une enquête transversale annuelle, administrée par Statistique Canada, qui recueille des renseignements sur les déterminants de la santé, l'état de santé et les soins de santé auprès d'un échantillon national représentatif de la population de 12 ans et plus résidant dans la collectivité. L'ESCC de 2013 intégrait un module spécifique permettant de saisir des données pour mesurer la discrimination, ce type de données n'ayant jamais été collecté auparavant à l'échelle nationale[28]. L'échantillon initial du module « discrimination dans la vie de tous les jours » de l'ESCC était composé de 19 876 répondants[29] mais nous avons limité cet échantillon aux adultes âgés de 18 ans et plus ayant fourni des réponses valides à toutes les variables d'intérêt (n = 16 340).

Discrimination dans le domaine des soins de santé

Les répondants ont été interrogés sur leur perception en matière de discrimination dans leur vie de tous les jours et dans leurs expériences en lien avec les services de soins de santé. Des études antérieures ont montré que les mesures détaillées de discrimination perçue avaient une validité prédictive stable[30]. La variable de résultat pour cette analyse était fondée sur les réponses valides à la question « Avez-vous été moins bien servi que d'autres dans l'une ou l'autre des situations suivantes? » Les types d'établissements étaient les cabinets de médecin, les centres de santé communautaire, les cliniques sans rendez-vous, les services d'urgence d'hôpital et les autres services de soins de santé[31]. Nous avons mesuré nos résultats de manière dichotomique, c'est-à-dire selon si la personne interrogée avait déclaré ou non avoir reçu un service de moindre qualité dans un établissement de soins de santé physique.

Catégorie de poids

Notre variable indépendante principale est fondée sur la taille et le poids autodéclarés. Nous avons défini les catégories de poids à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé selon le cadre normalisé de Santé Canada pour la classification du poids : non obèse (IMC de moins de 30 kg/m²), obèse de classe I (IMC de 30 à moins de 35 kg/m²) et obèse de classe II ou III (IMC de 35 kg/m² et plus). Les femmes qui étaient enceintes au moment de l'enquête ont été exclues.

Analyse statistique

Nous avons effectué une analyse de régression logistique multiple pour évaluer l'association indépendante entre catégorie de poids et stigmatisation dans les soins de santé, en ajustant les données pour tenir compte d'autres caractéristiques socio-économiques : le sexe (homme ou femme), le groupe d'âge (18-29 ans, 30-44 ans, 45-64 ans ou 65 ans et plus), l'état matrimonial (fait d'être marié ou en union de

fait ou non), le niveau de scolarité (présence dans le ménage d'un membre ayant atteint un niveau d'études postsecondaires ou non) et le groupe de revenu. Nous avons dichotomisé la catégorie de revenu des individus en nous fondant sur le revenu annuel total du ménage toutes sources confondues : 0 à 29 999 $ pour la catégorie de revenu inférieur et 30 000 $ et plus pour la catégorie de revenu supérieur[32].

Des poids d'enquête pondérés en utilisant la méthode *bootstrap* ont été appliqués aux statistiques descriptives pour assurer la représentativité de la population tout en tenant compte du plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC. Des algorithmes d'arrondi ont été appliqués à certains effectifs pour respecter les protocoles de confidentialité des données. Pour faciliter l'interprétation des résultats du modèle logistique, les coefficients ont été convertis en rapports de cotes (RC) avec des intervalles de confiance (IC) à 95 % (α = 0,05) à l'aide du logiciel statistique STATA version 15 (StataCorp LP, College Station, Texas, États-Unis).

Nous avons accédé aux microdonnées confidentielles de l'enquête utilisées dans cette analyse par le biais de l'environnement sécurisé du Centre de données de recherche (CDR) de Statistique Canada à l'Université du Nouveau-Brunswick à Fredericton (Canada). L'étude est conforme aux principes du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Nouveau-Brunswick, qui n'exige pas d'examen interne pour les projets de recherche utilisant des données accessibles par l'intermédiaire du CDR, conformément à l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*[33].

Résultats

D'après les données de l'ESCC, 32,7 % (IC à 95 % : 31,0 à 34,5 %) des adultes ont déclaré avoir été victimes de discrimination dans leur vie de tous les jours et 6,4 % (IC à 95 % : 5,7 à 7,0 %) ont déclaré avoir été victimes de discrimination dans un établissement de soins de santé. Le nombre de personnes ayant signalé une discrimination en contexte de soins de santé est représentatif de 1 616 700 (IC à 95 % : 1 453 400 à 1 780 000) Canadiens. Parmi ces personnes, 29 % (IC à 95 % : 24 à 33 %) ont fait état d'un service de santé de moindre qualité, sans pour autant déclarer une discrimination dans la vie de tous les jours au cours de l'année précédente.

Un adulte sur cinq (19,4 %) a été classé comme obèse : 13,5 % (IC à 95 % : 12,6 à 14,4 %) dans la classe I d'obésité et 5,9 % (5,4 à 6,5 %) dans la classe II ou III (tableau 1). Reflet du vieillissement de la population, l'échantillon comptait davantage d'adultes de 45 ans et plus (54,8 %; IC à 95 % : 54,2 à 55,4 %) que d'adultes de 18 à 44 ans (45,2 %; IC à 95 % : 44,3 à 46,0 %). Quinze pour cent des répondants (15,7 %; IC à 95 % : 14,8 à 16,6 %) relevaient de la fourchette des revenus des ménages les plus faibles (moins de 30 000 $ par an).

Les résultats de la régression logistique multiple ont montré que, par rapport aux personnes considérées comme non obèses d'après leur IMC, la probabilité de déclarer une discrimination dans un établissement de soins de santé était un peu plus élevée chez les personnes présentant une obésité de classe I (RC = 1,20, IC à 95 % : 1,00 à 1,44, p = 0,05) et significativement plus élevée chez les personnes présentant une obésité de classe II ou III (RC = 1,52, IC à 95 % : 1,21 à 1,91, p < 0,05), après ajustement pour certaines caractéristiques sociodémographiques (tableau 2).

Toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes avaient une probabilité significativement plus élevée que les hommes de signaler une discrimination dans les soins de santé (RC = 1,48, IC à 95 % : 1,29 à 1,70, p < 0,05). Les personnes non mariées ou ne vivant pas en union de fait avaient

TABLEAU 1
Répartition en pourcentage de la population de 18 ans et plus selon certaines caractéristiques

Caractéristique	Répartition (%)	IC à 95 %
Expérience de discrimination dans un milieu de soins de santé.		
Oui	6,4	5,7 à 7,0
Non	93,6	92,7 à 94,6
Catégorie de poids		
Non obèse	80,6	79,5 à 81,7
Obésité de classe I	13,5	12,6 à 14,4
Obésité de classe II ou III	5,9	5,4 à 6,5
Sexe		
Homme	50,2	49,8 à 50,7
Femme	49,8	49,2 à 50,3
Groupe d'âge (ans)		
18 à 29	19,7	19,2 à 20,1
30 à 44	25,5	25,1 à 25,9
45 à 64	36,0	35,6 à 36,4
65 et plus	18,8	18,6 à 19,0
Niveau de scolarité le plus élevé du ménage		
Diplôme d'études secondaires ou moins	18,8	17,9 à 19,8
Études postsecondaires	81,2	80,0 à 82,3
État matrimonial		
Pas actuellement marié ou en union de fait	36,7	35,5 à 37,9
Marié ou en union de fait	63,3	62,0 à 64,6
Groupe de revenu du ménage ($)		
0 à 29 999	15,7	14,8 à 16,6
30 000 et plus	84,3	83,2 à 85,5

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013 – Échelle de discrimination dans la vie de tous les jours (n = 16 340).
Abréviation : IC, intervalle de confiance.
Remarque : Les données sont pondérées en utilisant la méthode *bootstrap* pour être représentatives de la population.

TABLEAU 2
Rapports de cotes ajustés (avec intervalles de confiance à 95 %) de la régression logistique multiple pour le risque de discrimination perçue par l'individu en contexte de soins de santé

Caractéristique	Rapport de cotes	IC à 95 %	Valeur *p*
Catégorie de poids			
Non obèse (réf.)	1,00	–	–
Obésité de classe I	1,20	1,00 à 1,44	0,05
Obésité de classe II ou III	1,52*	1,21 à 1,91	< 0,001
Sexe			
Homme (réf.)	1,00	–	–
Femme	1,48*	1,29 à 1,70	< 0,001
Groupe d'âge (ans)			
18 à 29 (réf.)	1,00	–	–
30 à 44	0,97	0,79 à 1,20	0,83
45 à 64	0,72*	0,59 à 0,88	0,001
65 et plus	0,48*	0,38 à 0,59	< 0,001
Niveau de scolarité le plus élevé du ménage			
Diplôme d'études secondaires ou moins	0,79*	0,67 à 0,93	0,007
Études postsecondaires (réf.)	1,00	–	–
État matrimonial			
Pas actuellement marié ou en union de fait	1,18*	1,03 à 1,38	0,02
Marié ou en union de fait (réf.)	1,00	–	–
Groupe de revenu du ménage ($)			
0 à 29 999	1,69*	1,44 à 2,00	< 0,001
30 000 et plus (réf.)	1,00	–	–

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013 – Échelle de discrimination dans la vie de tous les jours (n = 16 340).
Abréviations : IC, intervalle de confiance, réf., catégorie de référence.
* $p < 0,05$.

plus de chances de signaler une discrimination dans le contexte des soins de santé que celles qui étaient mariées (RC = 1,18, IC à 95 % : 1,03 à 1,38, $p < 0,05$). La probabilité de déclarer avoir subi une discrimination était plus forte chez les personnes appartenant au groupe des ménages aux revenus les plus faibles que chez celles aux revenus plus élevés (RC = 1,69, IC à 95 % : 1,44 à 2,00, $p < 0,05$). Les personnes de 45 ans et plus étaient moins susceptibles de signaler une discrimination dans les soins de santé que celles de 18 à 29 ans. La probabilité de signalement d'une discrimination était plus élevée chez les personnes vivant dans un ménage où le plus haut niveau de scolarité était un diplôme d'études secondaires ou moins que chez celles vivant dans un ménage où le niveau de scolarité était supérieur.

Analyse

La nécessité de prêter attention aux conséquences des biais systémiques liés au poids figure de plus en plus parmi les recommandations stratégiques et les pratiques formulées sous l'angle de la promotion, de l'équité et des déterminants sociaux en santé[34].

Notre étude est, à notre connaissance, la première enquête nationale visant à quantifier les expériences de discrimination en matière de soins de santé parmi les personnes de poids plus élevé en utilisant des données représentatives de la population canadienne. Une proportion non négligeable (6,4 %) d'adultes ont déclaré avoir subi de la discrimination dans un établissement de soins de santé. Par rapport aux personnes non obèses, le risque de discrimination dans les soins de santé approchait de la signification statistique chez les personnes obèses de classe I (RC = 1,20, IC à 95 % : 1,00 à 1,44, $p = 0,05$) et était significativement plus élevé chez les personnes obèses de classe II ou III (RC = 1,52, IC à 95 % : 1,21 à 1,91, $p < 0,05$), après ajustement pour certaines caractéristiques sociodémographiques.

On a constaté que le fait d'être un homme protège de manière indépendante du risque de subir une discrimination dans un cadre de soins de santé. Des études antérieures ont montré que la discrimination perçue en matière de poids, y compris en contexte de soins de santé, était plus répandue chez les femmes que chez les hommes[35,36]. Le fait d'appartenir au groupe des ménages aux revenus supérieurs était associé à un risque significativement plus faible de discrimination en contexte de soins de santé, tandis que le fait d'appartenir à un ménage ayant un niveau de scolarité plus élevé était associé à un risque significativement plus élevé. Ces modèles potentiellement contradictoires d'expériences discriminatoires autodéclarées en fonction de la mesure du statut socioéconomique examinée peuvent refléter, d'une part, une sous-déclaration due à un biais de minimisation (manque de sensibilisation) et, d'autre part, une surdéclaration due à un biais de vigilance (attention accrue portée au statut d'identité sociale)[19].

Ces résultats soulignent la nécessité de changer les attitudes et les pratiques des praticiens susceptibles d'être préjudiciables à la santé. Un adulte canadien sur 15 déclare avoir subi de la discrimination dans un établissement de soins de santé, un indicateur qui suggère des formes plus manifestes de discrimination que les mesures globales de discrimination[20]. Pourtant, le biais lié au poids est un problème négligé dans l'éducation et la formation des professionnels de la santé[37]. Malgré l'importance cruciale d'une relation prestataire-patient efficace pour obtenir des résultats positifs, on dispose de peu de données empiriques sur les façons de valoriser la confiance et de gérer le déséquilibre des pouvoirs[38].

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour lutter contre les attitudes négatives que les professionnels de la santé peuvent avoir à l'égard des patients présentant un poids élevé et contre les causes sous-jacentes de la stigmatisation liée au poids, car peu de stratégies d'intervention se sont avérées particulièrement efficaces à ce jour[39,40]. Une étude qualitative des interventions visant à réduire la stigmatisation privilégiait une meilleure éducation concernant l'étiologie de l'ampleur du corps, la difficulté à perdre du

poids et la fausseté des stéréotypes courants basés sur le poids[22]. Les interventions appropriées doivent aller au-delà des questions de contrôlabilité du poids et doivent s'attaquer à la valeur négative associée à l'embonpoint, comme les présupposés et les jugements injustifiés concernant l'état de santé ou l'attrait des personnes au poids élevé[37,40]. Au fur et à mesure que la science de l'intervention contre la stigmatisation liée au poids se développe, pour garantir des effets durables et perceptibles, les stratégies d'éducation contre la stigmatisation doivent être renforcées par une législation contre la discrimination liée au poids, par des politiques de lutte contre l'intimidation et par un changement de culture[41]. Dans cette optique, la promotion de termes neutres tels que « poids plus élevé » dans la promotion de la santé, la recherche et la communication entre le prestataire de soins et le patient compte parmi les stratégies fondées sur des données probantes favorisant un dialogue sûr et respectueux, en vue d'éliminer les attitudes et les pratiques stigmatisantes à l'égard du poids dans les soins de santé[42-44].

Forces et limites

La nature représentative des données à l'échelle nationale constitue un des points forts de notre étude. Quoiqu'il soit impossible de déterminer l'ampleur « réelle » de la discrimination, celle-ci pouvant être sous-déclarée dans une enquête, les données enregistrées font état de différences entre les membres de la société canadienne dans leurs jugements portés sur les traitements disparates[20].

Parmi les limites, citons la taille relativement faible de l'échantillon du module de réponse rapide de l'ESCC, qui n'a pas été conçu pour produire des estimations de haute qualité à des niveaux détaillés[29], ce qui nous a empêché de faire des associations entre certains milieux de soins de santé précis (comme un service d'urgence d'un hôpital par rapport à un cabinet de médecin) ou entre provinces. En particulier, nous n'avons pas pu conserver la puissance statistique nécessaire pour étudier de manière exhaustive d'autres caractéristiques individuelles susceptibles de recouper l'identité sociale fondée sur le poids, telles que l'ethnicité, l'identité autochtone, le statut vis à vis de l'immigration, le type d'emploi, la racialisation, la langue, l'identité sexuelle, le handicap physique ou l'état de santé mentale.

En raison de la nature transversale des données, aucune causalité ne peut être établie. Il est possible, par exemple, que les expériences passées de discrimination des individus aient conduit à des changements dans leur poids et leur IMC[1,8]. S'il a été établi que l'utilisation de données sur le poids autodéclarées fournit une sous-estimation de l'IMC par rapport au poids mesuré, ces déclarations erronées sont statistiquement prévisibles et n'entraînent pas forcément de biais exagéré dans les études visant à estimer les effets de l'IMC sur les résultats liés à la santé (comme, dans le cas présent, sur la stigmatisation liée au poids)[45]. Enfin, si l'IMC est une mesure utile à recueillir dans les enquêtes nationales sur les ménages, il reste un moyen imprécis d'évaluer le risque de morbidité ou de mortalité[46,47].

Conclusion

La quantification des expériences de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de soins de santé en rapport avec un poids plus élevé et d'autres caractéristiques individuelles constitue une condition préalable importante à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions permettant d'améliorer la santé de la population et l'équité du système de soins de santé, plus particulièrement en contexte canadien de couverture publique universelle des soins de santé. La stigmatisation liée au poids est susceptible d'être exacerbée avec la pandémie de COVID-19, les médias et les médias sociaux s'intéressant particulièrement à la prise de poids pendant les périodes de confinement[48]. Les consultations internationales ont mis en évidence les préoccupations des personnes ayant un poids plus élevé quant à l'impact de la surveillance pendant l'alimentation, l'exercice physique et l'achat d'aliments à l'épicerie et quant à la stigmatisation par les professionnels de la santé comme obstacle négatif et durable à l'accès aux soins[48].

À la base des investissements consacrés à la réduction de la stigmatisation liée aux soins de santé, il faut des mesures normalisées de la stigmatisation et une évaluation rigoureuse[3]. Les résultats de notre recherche, qui ont révélé la présence structurelle de stigmatisation liée au poids dans la prestation des services de santé, devraient contribuer à soutenir des décisions fondées sur des données probantes ciblant le niveau individuel, afin de changer les attitudes et les pratiques des praticiens, et le niveau structurel, afin de modifier les politiques et les procédures qui guident la prestation des soins dans le contexte de l'ensemble du système de santé.

Remerciements

L'analyse des données pour cette étude a été réalisée au Centre de données de recherche du Nouveau-Brunswick (CDRNB), qui fait partie du Réseau canadien des centres de données de recherche (RCCDR). Les services et activités offerts par le CRDNB sont rendus possibles grâce à l'appui financier ou en nature du Conseil de recherches en sciences humaines, des Instituts de recherche en santé du Canada, de la Fondation canadienne pour l'innovation, de Statistique Canada et de l'Université du Nouveau-Brunswick. Une partie de ces résultats a été présentée lors de la Conférence nationale du RCCDR 2019 (24 et 25 octobre 2019, Halifax, Canada).

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

NG, AB, IF et NR ont contribué à la conception des travaux et à l'interprétation des données. NG a procédé à l'acquisition de données. IF a procédé à l'analyse formelle des données. NG et AB ont préparé la première ébauche du manuscrit. Tous les auteurs ont procédé à un examen critique de la version finale.

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

Références

1. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. J Adv Nurs. 2018;74(5):1030-1042. doi:10.1111/jan.13511.

2. Reitz JG, Banerjee R. Racial inequality, social cohesion and policy issues in Canada. In: The art of the state, Vol III: Belonging? Diversity, Recognition and Shared Citizenship in Canada. Banting KG, Courchene TJ, Seidle FL, editors. Montreal (QC): Institute for Research on Public Policy; 2007. p. 489-545.

3. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. BMC Med. 2019;17(1):25. doi:10.1186/s12916-019-1256-2.

4. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev. 2015; 16(4):319-326. doi:10.1111/obr.12266.

5. Richardson MP, Waring ME, Wang ML, et al. Weight-based discrimination and medication adherence among low-income African Americans with hypertension: how much of the association is mediated by self-efficacy? Ethn Dis. 2014;24(2):162-168.

6. Gudzune KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. Patient Educ Couns. 2014;97(1):128-131. doi:10.1016/j.pec.2014.06.019.

7. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. Int J Obes. 2006;30(1):147-155. doi:10.1038/sj.ijo.0803105.

8. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. Am J Public Health. 2010; 100(6):1019-1028. doi:10.2105/AJPH.2009.159491.

9. Mensinger JL, Tylka TL, Calamari ME. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: a study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. Body Image. 2018; 25:139-47. doi:10.1016/j.bodyim.2018.03.001.

10. Udo T, Purcell K, Grilo CM. Perceived weight discrimination and chronic medical conditions in adults with overweight and obesity. Int J Clin Pract. 2016;70(12):1003-1011. doi:10.1111/ijcp.12902.

11. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. Health Psychol. 2014;33(8):862-867. doi:10.1037/hea0000107.

12. Vadiveloo M, Mattei J. Perceived weight discrimination and 10-year risk of allostatic load among US adults. Ann Behav Med. 2017;51(1): 94-104. doi:10.1007/s12160-016-9831-7.

13. Jackson SE, Kirschbaum C, Steptoe A. Perceived weight discrimination and chronic biochemical stress: a population-based study using cortisol in scalp hair. Obesity (Silver Spring). 2016; 24(12):2515-2521. doi:10.1002/oby.21657.

14. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight discrimination and risk of mortality. Psychol Sci. 2015;26(11): 1803-1811. doi:10.1177/0956797615601103.

15. Organisation mondiale de la santé (OMS) et Nations Unies. Déclaration conjointe des Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins. Genève (CH) : OMS; 2017.

16. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 : Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019.

17. Birbeck GL, Bond V, Earnshaw V, El-Nasoor ML. Advancing health equity through cross-cutting approaches to health-related stigma. BMC Med. 2019; 17(1):40. doi:10.1186/s12916-019-1282-0.

18. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Public Health. 2013;103(5):813-821. doi:10.2105/AJPH.2012.301069.

19. Godley J. Everyday discrimination in Canada: prevalence and patterns. Can J Sociol. 2018;43(2):111-142. doi:10.29173/cjs29346.

20. Vang ZM, Chang Y. Immigrants' experiences of everyday discrimination in Canada: unpacking the contributions of assimilation, race, and early socialization. Int Migr Rev. 2019;53(2):602-631. doi:10.1177/0197918318764871.

21. Spahlholz J, Baer N, Koenig HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. Obes Rev. 2016;17(1):43-55. doi:10.1111/obr.12343.

22. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. Health Educ Res. 2008;23(2):347-358. doi:10.1093/her/cym052.

23. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. Obes Res. 2003; 11(9):1033-1039. doi:10.1038/oby.2003.142.

24. Dixon JB, Hayden MJ, O'Brien PE, Piterman L. Physician attitudes, beliefs and barriers towards the management and treatment of adult obesity: a literature review. Aust J Prim Health 2008; 14(3):9-18. doi:10.1071/PY08031.

25. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. Obes Res. 2003;11(10):1168-1177. doi:10.1038/oby.2003.161.

26. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining weight bias among practicing Canadian family physicians. Obes Facts. 2019;12(6):632-638. doi:10.1159/000503751.

27. Thille P, Friedman M, Setchell J. Weight-related stigma and health policy. CMAJ. 2017;189(6):E223-224. doi:10.1503/cmaj.160975.

28. Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique. Consolider la base de données probantes sur les déterminants sociaux de la santé : mesurer la discrimination dans la vie de tous les jours au moyen du Module de réponse rapide de l'ESCC. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016; 36(2):41. doi:10.24095/hpcdp.36.2.04f.

29. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Réponse rapide sur l'Échelle de discrimination dans la vie de tous les jours – Complément au guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

30. Stucky BD, Gottfredson NC, Panter AT, Daye CE, Allen WR, Wightman LF. An item factor analysis and item response theory-based revision of the Everyday Discrimination Scale. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2011; 17(2):175-185. doi:10.1037/a0023356.

31. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) 2013 / Échelle de discrimination dans la vie de tous les jours. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

32. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Réponse rapide sur l'Échelle de discrimination dans la vie de tous les jours – Spécifications des variables dérivées. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

33. Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Institut de recherche en santé du Canada. Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains– EPTC2 2018. Ottawa (Ont.) : CRSH, CRSNG et IRCS; 2019.

34. Alberga AS, McLaren L, Russell-Mayhew S, von Ranson KM. Canadian Senate Report on Obesity: focusing on individual behaviours versus social determinants of health may promote weight stigma. J Obes. 2018;2018: 8645694. doi:10.1155/2018/8645694.

35. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. Obesity (Silver Spring). 2009;17(11):2033-2039. doi: 10.1038/oby.2009.131.

36. Hansson LM, Naslund E, Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. Scand J Public Health. 2010;38(6):587-596. doi:10.1177 /1403494810372266.

37. Brochu PM. Testing the effectiveness of a weight bias educational intervention among clinical psychology trainees. J Appl Soc Psychol. 2020 [publication en ligne avant impression]. doi:10.1111/jasp.12653.

38. Razzaghi MR, Afshar L. A conceptual model of physician-patient relationships: a qualitative study. J Med Ethics Hist Med. 2016;9:14.

39. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. Clin Obes. 2016;6(3):175-188. doi:10.1111/cob.12147.

40. Danielsdottir S, O'Brien KS, Ciao A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. Obes Facts. 2010;3:47-58. doi:10.1159/000277067.

41. Pearl RL. Weight bias and stigma: public health implications and structural solutions. Soc Issues Policy Rev. 2018;12(1):146-182. doi:10.1111/sipr .12043.

42. Meadows A, Danielsdottir S. What's in a word? On weight stigma and terminology. Front Psychol. 2016;7:1527. doi:10.3389/fpsyg.2016.01527.

43. Puhl RM. What words should we use to talk about weight? A systematic review of quantitative and qualitative studies examining preferences for weight-related terminology. Obes Rev. 2020;21(6):e13008. doi:10.1111/obr .13008.

44. Batsis JA, Zagaria AB, Brooks E, et al. The use and meaning of the term obesity in rural older adults: a qualitative study. J Appl Gerontol. 2020; 733464820903253. doi:10.1177/07334 64820903253.

45. Dutton, DJ, McLaren L. The usefulness of "corrected" body mass index vs. self-reported body mass index: comparing the population distributions, sensitivity, specificity, and predictive utility of three correction equations using Canadian population-based data. BMC Public Health. 2014;14(1):430. doi:10.1186/1471-2458 -14-430.

46. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2013;309(1):71-82. doi:10.1001 /jama.2012.113905.

47. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012. Int J Obes. 2016;40(5):883-6. doi:10.1038/ijo.2016.17.

48. Le Brocq S, Clare K, Bryant M, Roberts K, Tahrani AA; writing group form Obesity UK; Obesity Empowerment Network; UK Association for the Study of Obesity. Obesity and COVID-19: a call for action from people living with obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(8):652-654. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30236-9.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.02f

Recherche quantitative originale

Les blessures pédiatriques au temps de la COVID-19

Glenn Keays, M.S.P. (1,2); Debbie Friedman, B. Sc. pht, MMgmt (1,2,3,4); Isabelle Gagnon, pht, Ph. D. (5,6)

Publié en ligne le 11 septembre 2020

Diffuser cet article sur Twitter

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

Résumé

Introduction. Des recherches ont mis en évidence une diminution du nombre de visites à l'urgence par des enfants pendant la pandémie de SRAS en 2003. Nous avons fait enquête afin de déterminer s'il en avait été de même pour les visites à l'urgence en raison de blessures pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Nous avons examiné les données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) afin d'obtenir de l'information sur les visites liées à des blessures au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'un des centres de traumatologie pédiatrique de la province faisant partie du système, pour les 28 dernières années. Nous avons comparé les données correspondant à une période de deux mois pendant le confinement en raison de la COVID-19 (du 16 mars au 15 mai) avec celles de la même période pour les années précédentes (de 1993 à 2019), afin de déterminer si la diminution du nombre de visites à l'urgence en 2020 était sans précédent (c.-à-d. qu'aucune diminution semblable ne s'était jamais produite). Différents facteurs ont été inclus dans cette comparaison, à savoir les groupes d'âge, la nature des blessures, les mécanismes de blessure et la gravité.

Résultats. La diminution observée en 2020 était sans précédent pour tous les groupes d'âge examinés selon les données compilées entre 1993 et 2019. Comparativement à la moyenne obtenue pour 2015-2019, la diminution la plus faible s'est produite chez les enfants de 2 à 5 ans (baisse de 35 %) alors que la plus forte a eu lieu chez les jeunes de 12 à 17 ans (83 %). Les blessures liées aux collisions de véhicules automobiles et aux sports ont pratiquement disparu pendant le confinement lié à la COVID-19. Fait étonnant, pendant le confinement, plus d'enfants entre 6 et 17 ans se sont présentés à l'urgence avec des blessures moins urgentes que les années précédentes.

Conclusion. Comme dans le cas du SRAS en 2003, la COVID-19 a eu un effet dissuasif sur les visites aux urgences pédiatriques. Le confinement, en particulier, a eu une incidence profonde sur les visites associées aux blessures. La période de déconfinement fera l'objet d'une surveillance afin d'en déterminer les répercussions, tant à court qu'à long terme.

Mots-clés : *COVID-19, adolescents, enfants, urgence, épidémiologie, soins primaires, lésions, blessures*

Points saillants

- Pendant le confinement en raison de la COVID-19 à Montréal (soit du 16 mars au 15 mai 2020), les visites à l'urgence d'enfants et de jeunes de la naissance à 17 ans ont diminué de 72 % par rapport à la moyenne des cinq années précédentes.
- Pendant cette période, le nombre de visites d'enfants et de jeunes (de la naissance à 17 ans) à l'urgence en raison d'une blessure a diminué de 62 % par rapport à la moyenne des cinq années précédentes.
- La diminution a été sans précédent si l'on comparte aux 28 dernières années, que ce soit en ce qui concerne les fractures et les traumatismes craniocérébraux légers chez les enfants de 6 à 17 ans, les brûlures chez les enfants de 0 à 5 ans, les collisions de véhicules automobiles (tous âges) ou les blessures associées aux sports (tous âges).

Introduction

Comme l'illustre Gabriel García Márquez dans son livre *L'amour aux temps du choléra*, la vie continue pendant les pandémies. Malheureusement, il en va de même pour les blessures. Même si le lien entre pandémie et blessures chez les enfants n'est pas toujours apparent au premier abord, il reste que la première peut influer sur les secondes.

On a ainsi démontré que les taux de blessures chez les enfants et les adolescents fluctuaient d'une année à l'autre[1-6], mais aussi pendant l'année, en fonction des saisons[6-13]. Lorsqu'a débuté le confinement en raison de la COVID-19 à Montréal le 16 mars 2020, ce qui a entraîné la fermeture des écoles et des garderies et

Rattachement des auteurs :

1.Traumatologie, Centre de traumatologie de l'Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec), Canada
2. Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec), Canada
3. Département de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
4. Le bureau SOURCES, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
5. École de physiothérapie et d'ergothérapie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
6. Division de médecine d'urgence pédiatrique, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Glenn Keays, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital de Montréal pour enfants, 1001, boulevard Décarie, salle B.S1.2766.2, Montréal (Québec) H4A 3J1; tél. : 514-412-4400 poste 23167; courriel : Glenn.Keays@muhc.mcgill.ca.

l'arrêt de toutes les activités sportives organisées, nous nous attendions à une diminution du nombre d'enfants blessés qui se présenteraient à l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants (centre de traumatologie pour les enfants et les adolescents).

Nous avons commencé par examiner les données sur l'épidémie de SRAS en 2003. Bien que nous ayons trouvé des recherches portant sur la réduction des taux de visites d'enfants à l'urgence pendant cette période, nous n'avons rien trouvé traitant spécifiquement de l'incidence de l'épidémie sur les taux de blessures dans la population pédiatrique. Nous avons ensuite entrepris de déterminer et de documenter l'incidence du confinement lié à la COVID-19 sur les visites à l'urgence pour des blessures chez les enfants et les jeunes (de la naissance à 17 ans), en tenant compte de différents facteurs, soit l'âge de l'enfant, le mécanisme de blessure, la nature et la gravité de la blessure.

Méthodologie

Nous avons extrait des données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), créé en 1990 par l'Agence de la santé publique du Canada pour mieux comprendre les blessures, en particulier chez les enfants et les jeunes (de moins de 18 ans), en recueillant des données sur les visites à l'urgence de 10 hôpitaux pédiatriques. En 2020, le SCHIRPT, qui comptait déjà plus de 3,5 millions de dossiers, a été étendu pour pouvoir recueillir des données auprès de 19 hôpitaux au Canada, soit 11 hôpitaux pédiatriques et 8 hôpitaux généraux[14].

Conformément au protocole du SCHIRPT utilisé par le centre de traumatologie de l'Hôpital de Montréal pour enfants, les patients ou les parents de patients s'étant présentés à l'urgence pour faire évaluer et traiter une blessure ont été invités à remplir un questionnaire d'une page et à fournir des renseignements détaillés sur la blessure, en particulier quand, où et comment elle s'était produite. En outre, des données cliniques telles que la nature de la blessure, la partie du corps touchée et le type de traitement ont été extraites des dossiers de l'urgence par le coordonnateur du SCHIRPT. Lorsqu'aucun formulaire du SCHIRPT n'avait été rempli par les familles des patients, les renseignements ont été extraits des dossiers médicaux des patients par le coordonnateur. Pour une confidentialité totale, les numéros de dossier d'hôpital des patients ont été brouillés, et leur date de naissance a été arrondie à 15 ou à 31 en fonction du jour du mois de leur anniversaire. Ces différentes étapes ont été effectuées avant que les données ne soient transmises au centre de données central du SCHIRPT à Ottawa. Le SCHIRPT de l'Hôpital de Montréal pour enfants saisit plus de 97 % de l'ensemble des visites aux urgences de l'établissement pour une blessure.

Pour documenter la diminution du nombre de visites pour une blessure pendant le confinement lié la COVID-19, nous avons choisi d'effectuer une comparaison avec la même période de l'année sur 28 ans, soit de 1993 à 2020. Nous avons donc limité l'étude aux patients qui se sont rendus à l'urgence entre le 16 mars et le 15 mai (ce qui correspond aux deux mois de confinement en raison de la COVID-19 à Montréal) pour chacune de ces 28 années. Nous avons divisé les enfants et les jeunes en quatre groupes d'âge, soit les tout-petits (de la naissance à 1 an), les enfants d'âge préscolaire (de 2 à 5 ans), les élèves du primaire (de 6 à 11 ans) et les élèves du secondaire (de 12 à 17 ans).

Nous avons limité nos mécanismes de blessure à trois catégories. La première, les collisions de véhicules automobiles (CVA), était un choix évident, puisque la circulation a diminué à Montréal pendant le confinement. La deuxième, celle des blessures associées aux sports, a été choisie parce que les activités sportives et récréatives n'étaient pas permises pendant le confinement en raison de la COVID-19. Nous avons inclus les blessures associées aux sports qui se sont produites dans des contextes organisés et informels et avons limité les sports au hockey sur glace, au football, au soccer, au basketball, au rugby, au ski et à la planche à neige. La troisième catégorie était celle des blessures qui se sont produites pendant des activités récréatives, notamment le vélo, la planche à roulettes, la trottinette et le trampoline (trampolines résidentiels).

Nous avons utilisé l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG)[15,16] pour déterminer les variations dans la gravité des blessures et vérifier notre hypothèse selon laquelle pendant le confinement, une plus grande proportion d'enfants auraient présenté des blessures urgentes ou graves. Nous avons calculé la proportion des niveaux de triage, soit 1 (réanimation), 2 (très urgent) et 3 (urgent), pour chacune des années de 2010 à 2020 (nous ne pouvions pas utiliser les années antérieures à 2010 car le protocole de triage a changé au service des urgences de l'HME en 2009).

Analyse statistique

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques pour chaque groupe d'âge, puis ventilés par type de blessure. En raison des changements démographiques ayant eu lieu pendant la longue période de l'étude, nous avons limité nos calculs de moyennes au nombre de patients vus pendant les cinq années précédentes (2015 à 2019). Nous avons calculé des intervalles de confiance (IC) à 95 % pour chaque moyenne. Les calculs et les analyses ont été effectués à l'aide de la version 17.0 du logiciel SPSS (IBM Corp., Armonk, New York, É.-U.).

Résultats

Entre 2015 et 2019, en moyenne 14 016 enfants (IC à 95 % : 13 242 à 14 789) se sont rendus au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants entre le 16 mars et le 15 mai. En 2020, ce chiffre a atteint 3 909, une baisse de 72 %. Lorsque nous avons tenu compte uniquement des consultations pour blessure, nous avons constaté qu'il y avait toujours une baisse marquée, car le nombre de visites est passé d'une moyenne de 2 774 (IC à 95 % : 2 623 à 2 924) à 1 052 en 2020, soit une diminution de 62 %.

La diminution du nombre de visites à l'urgence pour une blessure variait selon l'âge des enfants et des jeunes (figure 1). Chez les tout-petits de la naissance à 1 an, le nombre le plus faible observé au cours de ces 28 ans était de 275 en 1999, contre seulement 230 en 2020. Chez les enfants d'âge préscolaire de 2 à 5 ans, le plus faible nombre observé s'est produit en 2003 avec 500 visites, comparativement à 441 en 2020. En examinant la moyenne pour les années 2015 à 2019, nous avons constaté que la diminution était plus importante chez les tout-petits (une diminution de 45 % par rapport à la moyenne de 415 [IC à 95 % : 377 à 453]) que chez les enfants d'âge préscolaire (une diminution de 35 % par rapport à la moyenne de 676 [IC à 95 % : 637 à 715]).

Pour les enfants du primaire de 6 à 11 ans, le nombre le plus faible a été de 656 en 2003 (241 en 2020), tandis que pour les enfants du secondaire de 12 à 17 ans, il était de 601 en 1999 (139 en 2020). Lorsque nous avons examiné la moyenne de 2015 à 2019 pour ces groupes, nous avons constaté que la diminution était plus importante pour les enfants du secondaire (une diminution de 83 % par rapport à la moyenne de 841 [IC à 95 % : 779 à 902]) que pour les enfants du primaire (une diminution de 71 % par rapport à la moyenne de 842 [IC à 95 % : 792 à 892]). Le sexe des enfants qui se sont rendus à l'urgence n'a pas varié : la proportion de garçons était, en moyenne, de 55,4 % [IC à 95 % : 54,3 % à 57,4 %] entre 2015 et 2019, contre 55,8 % en 2020.

Les diminutions observées variaient également en fonction du type de blessure et de l'âge. Pour simplifier les chiffres obtenus, nous avons réparti les enfants en deux groupes d'âge, soit de la naissance à 5 ans et de 6 à 17 ans. De plus, nous n'avons examiné que quatre types de blessures, soit les fractures, les traumatismes craniocérébraux légers, les brûlures et les empoisonnements. Chez les enfants de la naissance à 5 ans, seules les brûlures ont affiché une diminution sans précédent (c.-à-d. qu'aucune diminution semblable n'avait eu lieu pendant la période à l'étude), soit 10 cas en 2020, contre 15 cas en 2014 (figures 2 et 3). Lorsque la moyenne de 2015 à 2019 a été utilisée, la diminution en 2020 était statistiquement significative en ce qui a trait aux traumatismes craniocérébraux légers (diminution de 44 %, de 285 [IC à 95 % : 260 à 310] à 160), aux fractures (diminution de 33 %, de 132 [IC à 95 % : 114 à 151] à 88) et aux brûlures (diminution de 55 %, de 22 [IC à 95 % : 17 à 28] à 10).

Chez les enfants et les jeunes de 6 à 17 ans, la diminution en 2020 a été sans précédent pour les fractures (129 en 2020 contre 265 en 1997) et les traumatismes craniocérébraux légers (20 en 2020 contre 75 en 1993). Toutes les blessures ont connu une diminution statistiquement significative en 2020 par rapport à la moyenne de 2015 à 2019. Ainsi, il y a eu une diminution de 70 % pour les fractures (428 [IC à 95 % : 400 à 456] à 129), une diminution de 93 % pour les traumatismes craniocérébraux légers (295 [IC à 95 % : 269 à 322] à 20), une diminution de 61 % pour les empoisonnements (36 [IC à 95 % : 29 à 43] à 14) et une diminution de 47 %

FIGURE 1
Nombre de visites pour des blessures au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants, par groupe d'âge, entre le 16 mars et le 15 mai, de 1993 à 2020

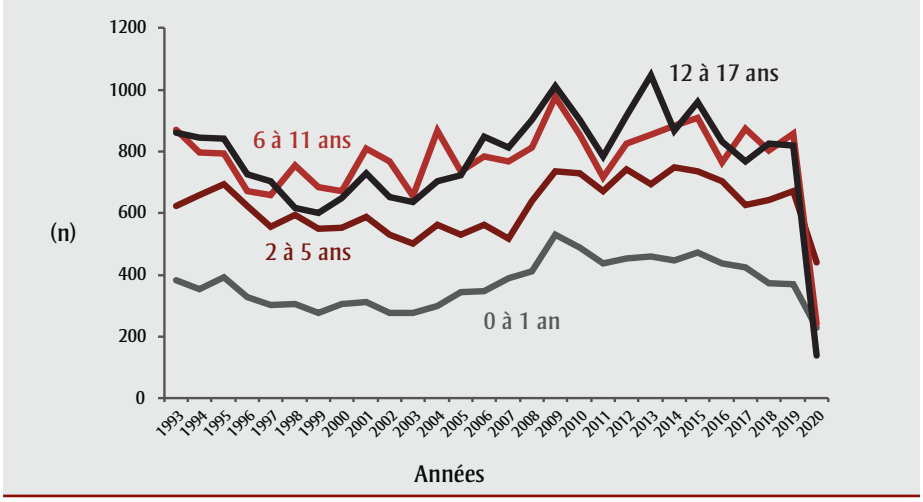


FIGURE 2
Nombre de visites au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour des traumatismes craniocérébraux légers et des fractures chez les enfants de 0 à 5 ans, du 16 mars au 15 mai, de 1993 à 2020

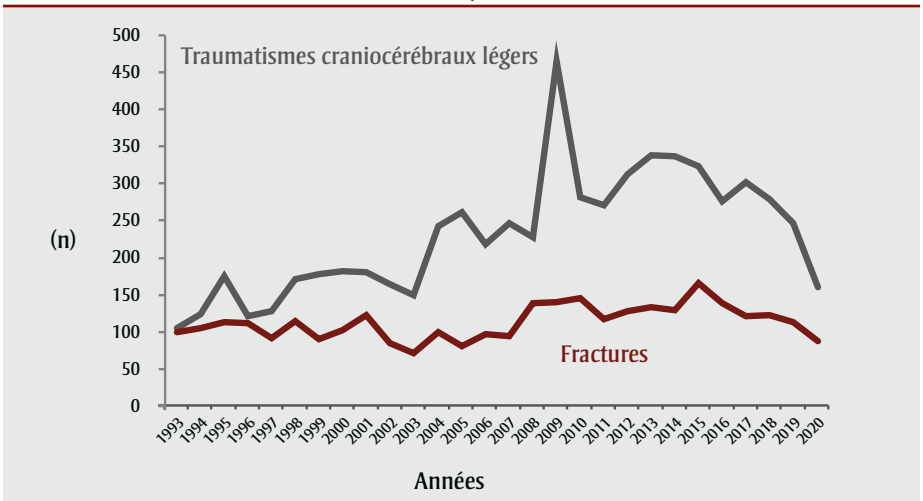
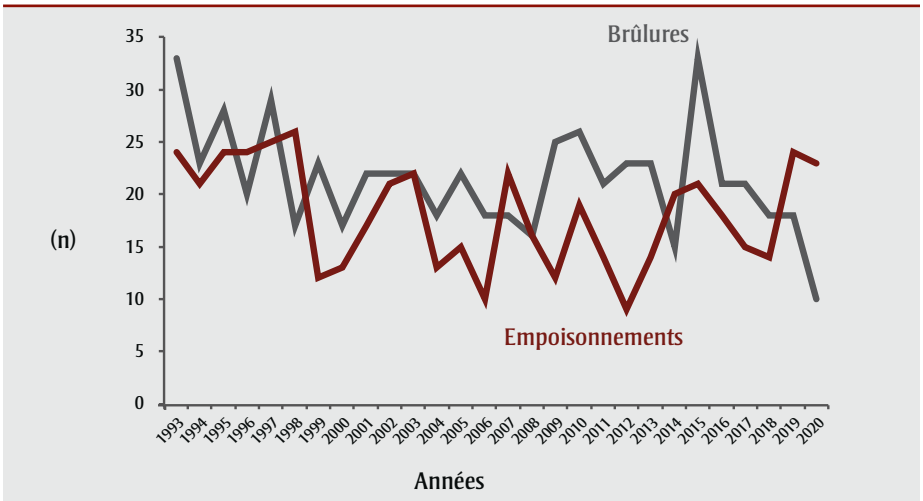


FIGURE 3
Nombre de visites au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour des brûlures et des empoisonnements chez les enfants de 0 à 5 ans, du 16 mars au 15 mai, de 1993 à 2020



pour les brûlures (8 [IC à 95 % : 5 à 10] à 4 (figures 4 et 5).

En ce qui concerne le mécanisme de blessure, nous avons examiné les blessures associées aux activités récréatives, aux sports et aux véhicules automobiles. Nous avons examiné quatre activités récréatives en particulier, soit le vélo, la planche à roulettes, la trottinette et le trampoline (trampolines résidentiels). Le confinement en raison de la COVID-19 n'a pas produit de résultats sans précédent ni de changements importants par rapport à la moyenne des cinq dernières années. La seule exception a été le vélo. Le nombre de blessures liées à ce sport, qui avait diminué de façon constante au fil des ans, a augmenté en flèche pendant le confinement (figure 6).

Les CVA et les blessures associées aux sports ont, de leur côté, connu la diminution la plus marquée de tous les mécanismes. Pour tous les enfants et les jeunes de la naissance à 17 ans, le plus faible nombre de blessures liées à un véhicule automobile était de 19 en 1995. En 2020, il n'a été que de 3 (figure 7), soit une baisse de 99 % par rapport à la moyenne de 50 pour 2015-2019 (IC à 95 % : 46 à 53). Pour ce qui est des blessures associées aux sports, le chiffre le plus bas avait été de 279 en 2011, alors qu'il n'a été que de 17 en 2020 (figure 8). Comme pour les CVA, cela représente une diminution de 99 % par rapport à la moyenne de 520 obtenue pour 2015-2019 (IC à 95 % : 481 à 559).

En ce qui concerne le changement de gravité parmi les visites pour blessure, la proportion de triage urgent (niveau 1 à 3 attribué par le personnel infirmier lors du triage à l'urgence) est demeurée la même pour les enfants de la naissance à 5 ans. Étonnamment, pour les enfants et les jeunes de 6 à 17 ans, la période de confinement de mars à mai 2020 a été associée au plus faible pourcentage de blessures urgentes ou graves, soit 19 %, ce qui représente une baisse de 63 % par rapport à la moyenne de 52 % [IC à 95 % : 48 % à 56 %] obtenue pour 2015-2019 (figure 9).

Analyse

Nous avons déterminé que le confinement lié à la COVID-19 avait eu une incidence considérable sur les visites à l'urgence des enfants et des jeunes (de la naissance à 17 ans). Des études sur la pandémie du SRAS en 2003 ont montré une diminution

FIGURE 4
Nombre de visites au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour des traumatismes craniocérébraux légers et des fractures chez les enfants de 6 à 17 ans, du 16 mars au 15 mai, de 1993 à 2020

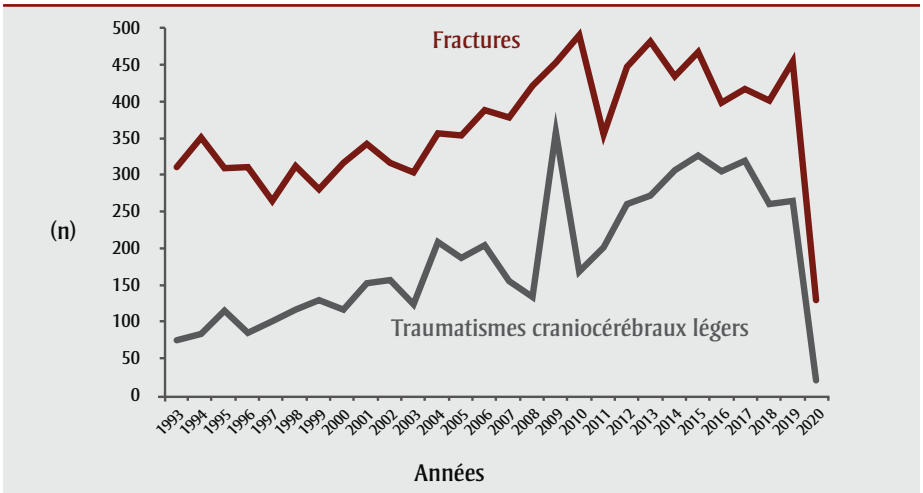


FIGURE 5
Nombre de visites au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour des brûlures et des empoisonnements chez les enfants et les jeunes de 6 à 17 ans, du 16 mars au 15 mai, de 1993 à 2020

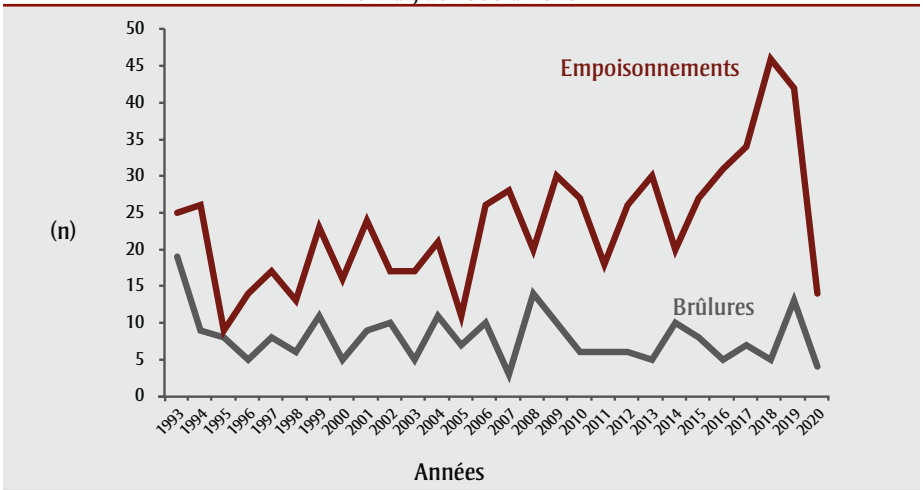


FIGURE 6
Nombre de visites au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour des blessures liées à des activités récréatives chez les enfants et les jeunes de 0 à 17 ans, du 16 mars au 15 mai, de 1993 à 2020

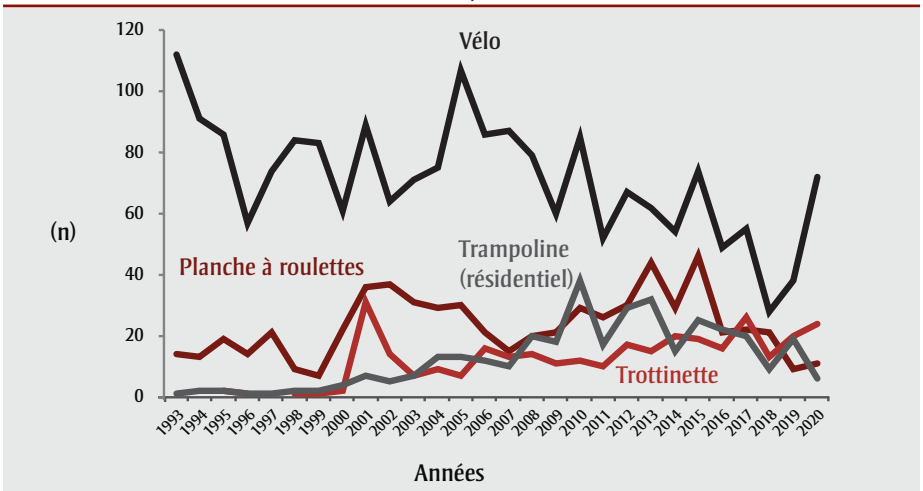
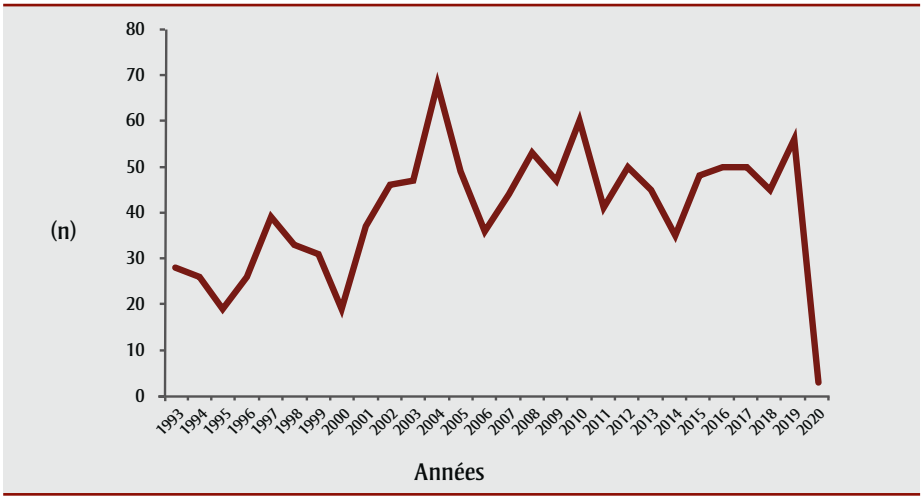


FIGURE 7
Nombre de visites au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour des blessures liées à un véhicule automobile chez les enfants et les jeunes de 0 à 17 ans, du 16 mars au 15 mai, de 1993 à 2020



des visites d'enfants à l'urgence[17-19]. Une étude sur la COVID-19 menée en Italie a également signalé une diminution des visites à l'urgence pédiatrique[20]. Toutefois, si nous utilisons le même groupe d'âge qu'une étude de Toronto sur les répercussions du SRAS en 2003[17], nous obtenons des résultats opposés (c.-à-d. que la diminution du nombre de cas dans l'étude de Toronto était la plus forte dans le groupe d'âge le plus jeune et la plus faible chez les enfants plus âgés).

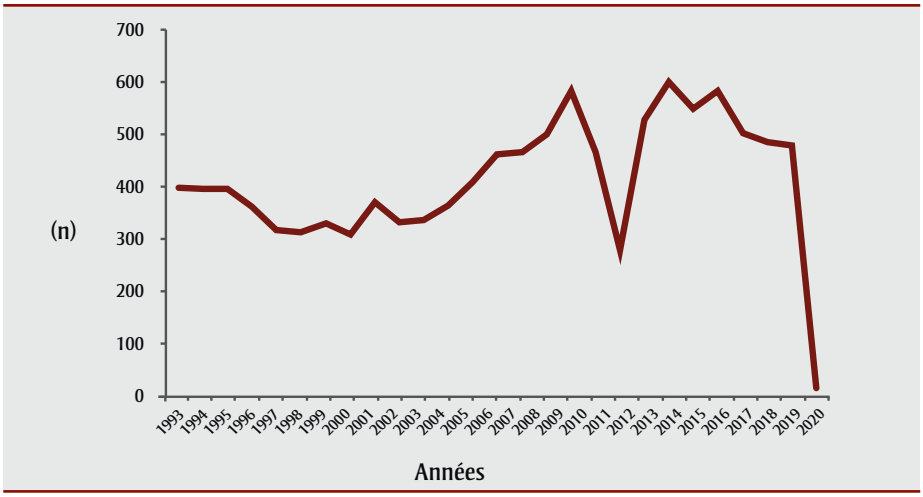
La réduction du nombre de CVA pendant le confinement en raison de la COVID-19 fait déjà les manchettes. Un rapport du Road Ecology Center a estimé qu'il y aurait une réduction de 50 % des CVA en Californie[21]. Seattle et San Francisco ont également fait état d'une réduction de 50 %[22]. Nous ne pouvons conclure que notre diminution de presque 100 % des visites à l'urgence en raison des CVA reflète le nombre actuel de CVA à Montréal, mais cela indique une réduction importante des CVA dans le contexte de la COVID-19.

Nous n'avons rien trouvé dans la presse ou dans la documentation scientifique en ce qui concerne la diminution des blessures associées aux sports pendant le confinement liés à la COVID-19, ou même pendant le SRAS. Comme le confinement a forcé les enfants et les adolescents à cesser de pratiquer des sports, nous n'avons pas été surpris d'observer une diminution de près de 100 % des blessures habituellement causées par ces activités. Il sera intéressant de suivre la situation et de déterminer si une période d'inactivité de deux mois aura une incidence sur les blessures associées aux sports lorsqu'elles réapparaîtront.

La diminution du nombre de visites pour des blessures graves ou urgentes chez les enfants d'âge scolaire (de 6 à 17 ans) pendant le confinement lié à la COVID-19 est difficile à expliquer. Fait intéressant, un plus grand nombre de patients se sont présentés à l'urgence avec des blessures légères ou non urgentes pendant cette période, ce qui est contraire à nos attentes (à savoir que ces patients ne se présenteraient pas à l'urgence de peur d'attraper la COVID-19). On ne sait pas trop comment expliquer ces résultats, car rien dans la documentation scientifique ne peut nous éclairer à ce sujet.

Parmi les faits intéressants, notons que cinq enfants (de moins de 7 ans) se sont rendus à l'urgence (trois ont été hospitalisés) en raison d'une intoxication au cannabis (principalement sous forme de produits comestibles) pendant le confinement lié à la COVID-19. L'intoxication au cannabis chez les enfants de la naissance à 3 ans est extrêmement rare à notre urgence. Au cours des 28 dernières années, pendant la même période de deux mois, cela ne s'est produit qu'à trois reprises, soit en 1995, en 2004 et en 2006.

FIGURE 8
Nombre de visites au service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour des blessures associées aux sports[a] chez les enfants et les jeunes de 0 à 17 ans, du 16 mars au 15 mai, de 1993 à 2020



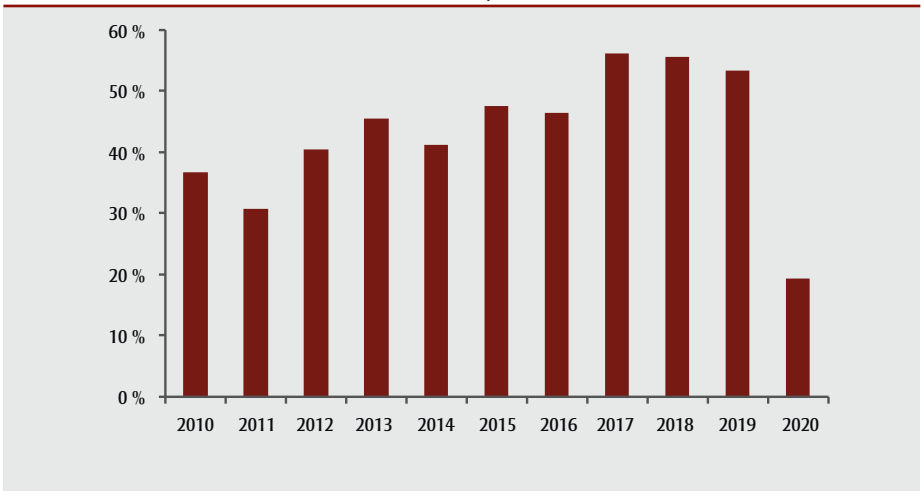
[a] Les sports pris en compte sont le hockey sur glace, le football, le soccer, le basketball, le rugby, le ski et la planche à neige.

Points forts et limites

L'un des points forts de cette étude est le fait qu'elle repose sur des données recueillies sur une très longue période, plutôt que sur une comparaison incluant l'année précédente et l'année subséquente, comme bon nombre d'autres études. Les données recueillies sur une courte période peuvent indiquer un changement frappant d'une année à l'autre, sans révéler si ce changement était sans précédent. Une autre force de cette étude est que même si les données proviennent d'un seul hôpital, elles reposaient sur de grands effectifs, ce qui permet de petits intervalles de confiance et une meilleure inférence.

La principale limite de cette étude est le fait qu'elle s'appuie sur les données d'un seul hôpital et ne peut donc être utilisée

FIGURE 9
Proportion des visites à l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants en raison de blessures considérées comme urgentes au triage[a] chez les enfants et les jeunes de 6 à 17 ans, du 16 mars au 15 mai, de 2010 à 2020



[a] Niveaux de triage 1 (réanimation), 2 (très urgent) et 3 (urgent) codés par le personnel infirmier responsable du triage à l'urgence.

pour faire des déductions sur les tendances au sein de la population en général. Bien que la diminution du nombre de visites à l'urgence pour des blessures chez les enfants soit significative et sans précédent, nous ne pouvons pas déterminer s'il y a vraiment eu moins de blessures ou si la diminution était une réponse sociale à la COVID-19. Il se peut que les parents aient décidé de ne pas consulter ou de se rendre dans des cliniques privées plutôt que des services d'urgence pédiatriques, ce qui signifierait que nous surestimons la réduction que suggèrent nos résultats.

Pendant la COVID-19, les patients (ou leurs parents) qui se sont rendus à l'urgence n'ont pas reçu de questionnaires du SCHIRPT à remplir, par crainte de transmission de la maladie, ce qui a entraîné une perte de détails, puisque l'information que nous avons utilisée provenait des rapports compilés par le service des urgences. Cela aurait été important si nous avions choisi d'examiner des contextes précis (p. ex. cyclistes qui roulent sur les pistes cyclables, chutes à partir des barres de suspension dans les parcs locaux, etc.). C'est la principale raison pour laquelle nous n'avons présenté aucune donnée sur les blessures qui se sont produites au domicile, sachant que l'endroit où la blessure a eu lieu est rarement indiqué dans le rapport de l'urgence, contrairement au SCHIRPT. Puisque les données de 2020 étaient principalement extraites des rapports de l'urgence, il manquait d'information sur l'endroit où la blessure s'est produite. Il pourrait être tentant de présumer que la plupart des blessures se sont produites à la maison pendant le confinement, mais nous ne pouvons pas en être certains. (Parmi les quelques rapports tirés du SCHIRPT que nous avons reçus pour cette période, certains indiquaient que la blessure s'était produite à la résidence des grands-parents ou dans un parc de planche à roulettes, deux lieux interdits pendant le confinement.) Néanmoins, puisque notre taux de saisie est demeuré le même pendant l'ensemble de la période 1993-2020 (entre 97 % et 98 % de toutes les visites à l'urgence liées à une blessure), nous sommes persuadés que nos résultats sont valides, étant donné qu'aucune des variables étudiées (âge, sexe et type de blessure) n'était manquante.

Conclusion

Le service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants (centre de traumatologie pour les enfants et les adolescents) a vu une diminution marquée et souvent sans précédent des visites d'enfants pendant les deux mois qu'a duré le confinement lié à la COVID-19. Les baisses les plus évidentes ont été observées chez les enfants d'âge scolaire (de 6 à 11 ans). Les blessures associées à des mécanismes comme les CVA et les sports ont pratiquement disparu pendant le confinement. Nous espérons que d'autres intervenants examineront les visites pour blessure à l'urgence de leur établissement pendant le confinement lié à la COVID-19, afin d'aider à déterminer si la réduction du nombre de consultations pour blessure que nous avons observée reste présente dans un échantillon pédiatrique plus général.

Remerciements

Ce projet de recherche a été rendu possible grâce à une subvention de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflit d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

Glenn Keays a rédigé le manuscrit, et tous les auteurs ont participé à sa révision. Glenn Keays a analysé les données, et Debbie Friedman et Isabelle Gagnon ont pris part aux travaux d'élaboration et de révision. Glenn Keays assume la responsabilité de l'article dans son ensemble.

Les auteurs assument la responsabilité du contenu de l'article et des points de vue qui y sont exprimés; ceux-ci ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. McAdams RJ, Swidarski K, Clark RM, Roberts KJ, Yang J, Mckenzie LB. Bicycle-related injuries among children treated in US emergency departments, 2006-2015. Accid Anal Prev. 2018;118:11-17.

2. McKenzie LB, Fletcher E, Nelson NG, et collab. Epidemiology of skateboarding-related injuries sustained by children and adolescents 5-19 years of age and treated in US emergency departments: 1990 through 2008. Inj Epidemiol [Internet]. 2016 [consultation le 15 juillet 2020];3(1):10. doi: 10.1186/s40621-016-0075-6.

3. Vollman D, Smith GA. Epidemiology of lawn mower–related injuries to children in the United States, 1990–2004. Pediatr. 2006;118(2):e273-e278.

4. Vollman D, Witsaman R, Comstock RD, et collab. Epidemiology of playground equipment-related injuries to children in the United States, 1996–2005. Clin Pediatr (Phila). 2009;48(1): 66-71.

5. Scheidt PC, Harel Y, Trumble AC, Jones DH, Overpeck MD et PE Bijur. The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. Am J Public Health. 1995;85(7):932-938.

6. Chen Y, Mo F, Yi QL, Jiang Y, Mao Y. La mortalité par blessure non intentionnelle et ses causes externes au Canada entre 2001 et 2007. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2013;33(2):110-119.

7. Jespersen E, Holst R, Franz C, Rexen CT, Wedderkopp N. Seasonal variation in musculoskeletal extremity injuries in school children aged 6–12 followed prospectively over 2.5 years: a cohort study. BMJ Open [Internet]. 2014 [consultation le 15 juillet 2020];4(1): e004165. doi:10.1136/bmjopen-2013-004165.

8. Balseven-Odaba-i A, Tümer AR, Keten A, Yorganci K. Burn injuries among children aged up to seven years. Turk J Pediatr. 2009;51(4):328-335.

9. Lim GW, Belton KL, Pickett W, Schopflocher DP, Voaklander DC. Fatal and non-fatal machine-related injuries suffered by children in Alberta, Canada, 1990–1997. Am J Industr Med. 2004;45(2):177-185.

10. Van Niekerk A, Rode H, Laflamme L. Incidence and patterns of childhood burn injuries in the Western Cape, South Africa. Burns. 2004;30(4):341-347.

11. Morrison A, Stone DH, Doraiswamy N, Ramsay L. Injury surveillance in an accident and emergency department: a year in the life of CHIRPP. Arch Dis Child. 1999;80(6):533-536.

12. Stephens BD, Diekema DS, Klein EJ. Recreational injuries in Washington state national parks. Wilderness Environ Med. 2005;16(4):192-197.

13. Foltran F, Avossa F, Fedeli U, Baldi I, Spolaore P, Gregori D. Seasonal variations in injury rates in children: evidence from a 10-year study in the Veneto Region, Italy. Int J Inj Control Saf Promot. 2013;20(3):254-258.

14. Butler M, Newton S, MacPhee S. The Canadian Hospital Injury Reporting and Prevention Program: captured versus uncaptured injuries for patients presenting at a paediatric tertiary care centre. Paediatr Child Health. 2017; 22(3):134-138.

15. Warren DW, Jarvis A, LeBlanc L, et collab. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). Can J Emerg Med 10(3):224-232.

16. Travers DA, Waller AE, Katznelson J, Agans R. Reliability and validity of the Emergency Severity Index for pediatric triage. Acad Emerg Med. 2009;16(9):843-849.

17. Heiber M, Lou WW. Effect of the SARS outbreak on visits to a community hospital emergency department. Can J Emerg Med. 2006;8(5): 323-328.

18. Huang H-H, Yen DH-T, Kao W-F, Wang L-M, Huang C-I, Lee C-H. Declining emergency department visits and costs during the severe acute respiratory syndrome (SARS) outbreak. J Formos Med Assoc. 2006;105(1): 31-37.

19. Boutis, K, Stephens, D, Lam, Ungar WJ, Schuh S. The impact of SARS on a tertiary care pediatric emergency department. CMAJ. 2004;171(11):1353-1358.

20. Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale, F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. Lancet Child Adolesc Health. 2020; 4(5):e10-e11.

21. Shilling, F. Special Report 3: impact of COVID19 mitigation on traffic, fuel use and climate change [Internet]. Davis (CA): University of California; 2020. En ligne à : https://roadecology.ucdavis.edu/files/content/projects/COVID_CHIPs_Impacts_updated_430.pdf

22. Kopf D. Traffic collisions are plummeting in several US cities [Internet]. New York (NY): Quartz. 20 mars 2020 [consultation le 28 mai 2020]. En ligne à : https://qz.com/1822492/traffic-accidents-are-plummeting-because-of-the-pandemic

https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.03f

Exposé de politique fondé sur des données probantes

Consommation de substances et méfaits connexes dans le contexte de la COVID-19 : un modèle conceptuel

Aganeta Enns, M. Sc. (1); Adena Pinto, B. Sc. (1,2); Jeyasakthi Venugopal, M. Sc. Sp. (1,3); Vera Grywacheski, M. Sp. (1); Mihaela Gheorghe, M. Sc. (1); Tanya Kakkar, M. Sp. (1); Noushon Farmanara, M. Sc. en santé publique (1); Bhumika Deb, M. Sp. (1); Amy Noon, M. Sc. (1); Heather Orpana, Ph. D. (1,2)

Publié en ligne le 16 septembre 2020

Diffuser cet article sur Twitter

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

Résumé

Au fur et à mesure que les effets de la COVID-19 se sont fait sentir, une attention croissante a été accordée à la relation entre la COVID-19 et la consommation de substances et ses méfaits connexes. On dispose cependant de peu de théories et de preuves empiriques pour orienter les travaux de recherche dans ce domaine. Pour faire progresser ce nouveau champ de recherche, nous présentons un modèle conceptuel qui synthétise les données probantes, l'information et les connaissances sur la consommation de substances et ses méfaits connexes dans le contexte de la pandémie. Ce modèle conceptuel offre une représentation visuelle des liens entre pandémie et consommation de substances et ses méfaits connexes. Il est utilisable pour définir les domaines de recherche à venir.

Mots-clés : *COVID-19, coronavirus, consommation de substances, méfaits liés aux substances, opioïdes, modèle conceptuel*

Points saillants

- En juin 2020, la consommation de substances et ses méfaits connexes dans le contexte de la pandémie restaient largement inexplorés.
- La pandémie de COVID-19 est susceptible d'avoir une incidence sur la façon dont les Canadiens consomment des substances, ce qui risque d'entraîner des défis et des méfaits spécifiques au sein de cette population.
- Le modèle conceptuel présenté offre une synthèse des données probantes, de l'information et des connaissances sur les concepts et leurs relations en lien avec la consommation de substances et ses méfaits dans le contexte de la pandémie.
- Les concepts pertinents ont été rassemblés en cinq domaines interreliés, utilisables pour déterminer les futurs domaines de recherche sur la consommation de substances et ses méfaits connexes dans le contexte de la COVID-19 : la consommation de substances comme stratégie d'adaptation, les changements relatifs au soutien social et aux réseaux, la disponibilité et l'accessibilité des services, le risque accru de transmission de la COVID-19 chez les personnes qui consomment des substances et enfin le risque accru de conséquences graves.

Introduction

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé déclarait que la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) était devenue une pandémie[1]. En réponse, le Canada a mis en œuvre d'importantes mesures de santé publique visant à en réduire la transmission[2]. Des études sur les effets de la distanciation physique et de l'auto-isolement laissent penser que la façon de consommer diverses substances (alcool[3], opioïdes[4-7] et cigarettes[7]) pourrait avoir changé à la suite de la pandémie de COVID-19. De plus, la pandémie et ses effets secondaires connexes* peuvent présenter des défis spécifiques, comme une diminution de l'accès aux services et à un approvisionnement sécuritaire en substances et un risque accru de méfaits liés aux substances[3-7].

La pandémie de COVID-19 est un événement sans précédent dans l'histoire récente. Les données, limitées, qui peuvent être tirées de pandémies antérieures, comme l'éclosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, risquent de ne pas être représentatives des circonstances actuelles. La consommation de substances et ses méfaits connexes en contexte de pandémie constituent un champ de recherche en rapide évolution. Malgré un nombre croissant d'éditoriaux et de reportages dans les médias[3-7], il existe peu de théories et de preuves empiriques pour orienter les futurs travaux de recherche.

Un modèle conceptuel est un diagramme des « liens entre un ensemble de concepts que l'on pense être liés à un problème de santé publique particulier »[8]. Ce type de

* Dans cet article, nous utilisons le terme « effets secondaires de la COVID-19 » pour désigner les effets indirects de la pandémie, notamment les répercussions des mesures de santé publique prises pour contrôler la propagation de la COVID-19 et les répercussions psychosociales de l'environnement pandémique comme l'inquiétude et la peur.

Rattachement des auteures :

1. Division des méfaits liés aux substances, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Aganeta Enns, 785, avenue Carling, Ottawa (ON) K1A 0K9; tél. : (343) 551-4367; courriel : aganeta.enns@canada.ca

modèle est particulièrement utile lorsqu'on dispose de peu de preuves empiriques et de théories formelles. L'élaboration de modèles consiste à résumer et à intégrer les connaissances tirées de la littérature scientifique et de l'expérience de spécialistes et de professionnels. Ces modèles peuvent orienter les futurs travaux de recherche en fournissant des concepts potentiellement pertinents et en orientant les hypothèses à tester sur les relations éventuelles entre les concepts[8].

L'objectif de cet article est de présenter un modèle conceptuel des effets possibles de la pandémie de COVID-19 sur la consommation de substances et ses méfaits connexes. Ce modèle, élaboré principalement en mettant l'accent sur les opioïdes et d'autres drogues illicites, tient également compte de la consommation d'alcool et de cannabis. Il est utilisable pour générer des questions et des hypothèses de recherche spécifiques, qui peuvent ensuite être mises à l'essai avec une méthodologie rigoureuse. Il peut être mis à jour et peaufiné au fur et à mesure de la disponibilité en données probantes.

Élaboration du modèle

Étant donné qu'il n'existe aucune méthodologie normalisée pour l'élaboration d'un modèle conceptuel, nous avons utilisé l'approche générale décrite par Earp et Ennett[8] pour orienter notre processus d'élaboration. Cette approche est une méthode qui a fait ses preuves, qui est largement citée et qui est adaptée à l'élaboration d'un modèle conceptuel[9,10]. Le processus global d'élaboration d'un modèle consiste à en déterminer la portée, à cerner les concepts ou les variables qui se rapportent à la question d'intérêt et à expliquer les relations possibles entre concepts[8,9].

Le champ d'application du modèle présenté ici porte sur la consommation de substances et ses méfaits connexes en lien avec la pandémie de COVID-19. Le modèle a été élaboré au moyen d'un processus itératif de revue de la littérature, de discussions au sein du groupe de recherche et de consultations avec des professionnels et des spécialistes en santé publique. Son élaboration a été dirigée par un chercheur (AE) ayant une expérience en recherche qualitative et en analyse thématique.

Nous avons mis au point une première version du modèle en synthétisant une liste de concepts potentiellement pertinents et en effectuant une revue de la littérature de ces concepts dans diverses sources, publiées ou non. Dès mars 2020, nous avons effectué une recherche dans la littérature évaluée par des pairs dans Medline et dans la base de données d'ouvrages scientifiques sur la COVID de l'Organisation mondiale de la santé afin de sélectionner des articles de recherche, des revues et des éditoriaux/commentaires originaux en anglais. Nous avons ensuite consulté des bases de données prépubliées et des sources de données non publiées. Comme l'accent mis sur le modèle conceptuel est un nouveau champ de recherche et qu'on dispose de peu de publications de grande qualité sur lesquelles s'appuyer, nous avons élargi la recherche pour inclure l'opinion de spécialistes ainsi que des reportages des médias afin de générer l'émergence de concepts potentiels à inclure dans le modèle. Les membres du groupe de recherche ont discuté de la liste des concepts et des relations possibles entre eux puis en ont révisé les résultats en fonction de la revue de littérature. Nous avons ensuite rédigé le modèle visuel et nous l'avons distribué pour qu'il soit discuté et revu au sein du groupe de recherche.

Afin d'obtenir un retour d'information rapide, nous avons invité divers professionnels possédant une expertise en matière de surveillance, de recherche, de politique et de programme relatifs à la consommation de substances et aux méfaits connexes à examiner de manière critique l'ébauche du modèle visuel et les descriptions textuelles l'accompagnant et à formuler des commentaires. Nous avons remis à ces professionnels une feuille de calcul pour consigner les commentaires et les questions sur chaque domaine, ainsi que pour fournir une rétroaction sur le modèle global. À la lumière de ces commentaires, nous avons affiné le modèle conceptuel et nous en avons fait circuler une version révisée avec les descriptions textuelles au groupe de recherche et aux spécialistes qui avaient donné leur point de vue sur le modèle, dans un but de confirmation et de rétroaction. Le modèle conceptuel a été élaboré entre mars et mai 2020.

On doit considérer ce modèle comme une première version susceptible d'être révisée et enrichie au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie et de ses effets, de l'émergence de nouveaux domaines de préoccupation et de recherche et enfin de la mise à disposition de nouvelles données de recherche.

Modèle conceptuel

Le modèle conceptuel (figure 1) fournit une représentation visuelle de la façon dont les facteurs transversaux associés à la pandémie de COVID-19 ont une influence sur les méfaits chez les personnes qui consomment des substances. Il comporte cinq domaines principaux, interreliés :

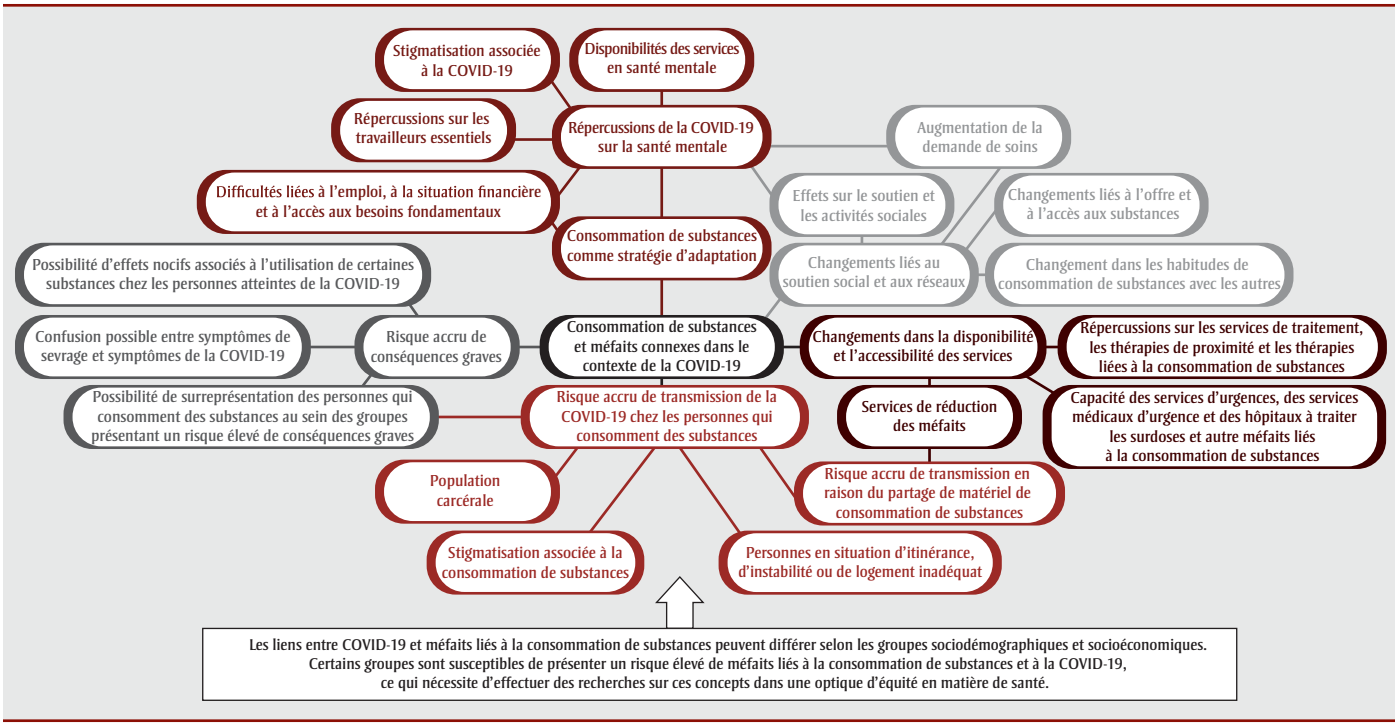
- la consommation de substances comme stratégie d'adaptation;
- les changements relatifs au soutien social et aux réseaux;
- les changements dans la disponibilité et l'accessibilité des services liés à la consommation de substances et aux méfaits;
- le risque accru de transmission de la COVID-19 chez les personnes qui consomment des substances;
- le risque accru de conséquences graves chez les personnes qui consomment des substances.

Ces domaines sont susceptibles de se recouper et d'interagir, ce qui peut accroître le risque de préjudices dans de nombreux cas. De plus, les concepts et les relations peuvent différer entre groupes sociodémographiques et socio-économiques (p. ex. selon le sexe, l'origine ethnique, la discrimination raciale subie, le revenu ou la profession), car les différents groupes et collectivités du Canada ne sont pas tous touchés de façon égale par la COVID-19 ou les méfaits liés aux substances. Bien que divers articles aient été publiés sur les effets disproportionnés de la COVID-19 aux États-Unis et sur la façon dont la pandémie a exacerbé les inégalités en santé[11], peu de données probantes étaient disponibles en juin 2020 sur la situation au Canada.

Consommation de substances comme stratégie d'adaptation

La pandémie de COVID-19 a affecté de nombreuses dimensions de la vie quotidienne. On peut alors se tourner vers des substances pour composer avec la détresse et d'autres effets secondaires de la COVID-19, comme l'ennui et les changements d'habitudes. Une enquête menée auprès de 1 036 adultes au Canada entre

FIGURE 1
Modèle conceptuel sur la consommation de substances et les méfaits connexes dans le contexte de la COVID-19



le 30 mars et le 2 avril 2020 a révélé qu'un quart des personnes de 35 à 54 ans ont fait état d'une augmentation de leur consommation d'alcool pendant la pandémie[12].

Répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale

On mesure de plus en plus à quel point la pandémie est susceptible d'avoir une incidence directe et indirecte sur la santé mentale. Des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression associés à la pandémie ont été observés au sein de la population générale[13]. Un nombre plus réduit de personnes de 15 ans et plus ont déclaré être en excellente ou en très bonne santé mentale au cours de la période allant du 30 mars au 2 avril 2020 comparativement aux estimations de 2018[14]. Cette enquête a révélé aussi que les jeunes adultes (15 à 24 ans) étaient particulièrement touchés, 62 % d'entre eux ayant déclaré être en excellente ou très bonne santé mentale en 2018, contre 42 % seulement pendant la pandémie[14], ce qui fait que ce groupe d'âge pourrait également présenter un risque plus élevé de consommation de substances, en réaction à la situation.

Le nombre de personnes éprouvant de la détresse risque d'augmenter pour des raisons directement liées à la COVID-19, c'est-à-dire du fait d'un diagnostic d'infection ou d'un risque de transmission. Davantage de personnes encore risquent d'éprouver de la détresse en raison des effets secondaires de la pandémie, par exemple du fait des répercussions économiques ou des changements dans les services en soins de santé. Les participants à une enquête menée au Royaume-Uni ont fait état d'une augmentation de l'anxiété, de la dépression, du stress et des préoccupations liés aux effets de la distanciation physique et de diverses conséquences pratiques sur leur bien-être, comme les répercussions financières[15].

Stigmatisation associée à la COVID-19

Les expériences de stigmatisation sociale liées à la COVID-19 risquent de contribuer à de piètres résultats en matière de santé mentale au sein de certains groupes de la population. Par exemple, les stéréotypes et les préjugés véhiculés dans les médias, comme l'utilisation de termes associant la COVID-19 à la Chine (« virus chinois »), peuvent alimenter la discrimination et la stigmatisation[16]. Les personnes âgées[17], les travailleurs de la santé et les personnes ayant obtenu un résultat positif au test de la COVID-19 ainsi que leurs familles font partie des groupes qui sont également susceptibles d'être confrontés à de la stigmatisation[18]. Une détresse accrue ainsi que diverses répercussions sur la santé mentale risquent d'entraîner une consommation excessive de substances[19].

Difficultés liées à l'emploi, à la situation financière et à l'accès aux besoins fondamentaux

Au Canada, de nombreuses personnes ont connu des difficultés en raison de la baisse de l'emploi entre février et avril 2020[20]. En avril 2020, environ 5,5 millions de Canadiens avaient perdu leur emploi ou travaillaient selon un horaire sensiblement réduit[20]. Le taux d'emploi a diminué plus fortement chez les nouveaux immigrants que chez les personnes nées au Canada. De plus, comparativement aux hommes, les femmes ont affiché des taux de chômage plus élevés au cours des premiers mois de la pandémie[20].

Pour certains, la pandémie s'est traduite par du télétravail, des changements dans leurs horaires réguliers et une forme d'ennui. Or un sondage de 2020 publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a révélé que les changements d'horaire et l'ennui étaient deux des trois principales raisons invoquées pour augmenter sa consommation d'alcool et de cannabis[12]. La troisième raison la plus souvent mentionnée était le stress. Il est à noter que cette enquête a été menée trois jours avant le début de l'éclosion et que la situation a évolué depuis. La perte d'emploi ou l'insécurité liée à l'emploi ainsi que des difficultés financières durables et des problèmes

connexes, comme l'insécurité alimentaire et l'insécurité en matière de logement, risquent d'avoir entraîné une augmentation du stress.

Répercussions sur les travailleurs essentiels

Les travailleurs ayant continué à fournir des services essentiels sont susceptibles d'avoir connu un risque accru d'exposition à la COVID-19 et à la transmission du virus sur leur lieu de travail. On entend par travailleurs essentiels les personnes employées dans les domaines des soins de santé, du transport et de l'alimentation, ainsi que les services nécessaires au fonctionnement fondamental de la société. Ces travailleurs sont confrontés à des demandes et à des défis associés à la mise en œuvre de protocoles nouveaux et toujours changeants en lien avec la COVID-19. Ils risquent davantage de souffrir de dépression, d'anxiété et de détresse[21], ce qui augmente la probabilité de consommation de substances.

Disponibilité des services en santé mentale

La capacité des services en santé mentale, notamment la disponibilité et l'accessibilité à du personnel formé et aux infrastructures, risque de diminuer pendant la pandémie. Or la demande de services est susceptible d'augmenter au fur et à mesure que les gens essaient de composer avec les facteurs de stress associés à la COVID-19. De plus, de nombreux fournisseurs de services ont fait la transition vers des services de télésanté[22], ce qui peut constituer un obstacle, entre autres pour les personnes qui n'ont pas d'accès régulier à un téléphone, un ordinateur ou un espace privé. Si les besoins en santé mentale ne sont pas satisfaits en raison de ces limitations, les individus sont susceptibles de se tourner vers la consommation de substances comme mécanisme d'adaptation[19].

Changements liés au soutien social et aux réseaux

Effets sur le soutien social et les activités

La distanciation physique, la fermeture des installations récréatives et communautaires, les limites imposées aux rassemblements culturels et religieux et divers autres effets secondaires de la COVID-19 sont susceptibles d'avoir une incidence sur l'accès aux services de soutien social et aux ressources pour répondre au stress. Cela peut entraîner un sentiment d'isolement ou d'ennui[23]. Les restrictions ou les changements apportés aux services, par exemple en matière de soins de fin de vie et d'arrangements funéraires, risquent également d'avoir une incidence sur le soutien offert aux personnes qui ont perdu un membre de leur famille ou un ami pendant la pandémie. La diminution du soutien social et l'isolement sont susceptibles d'être associés à de la détresse et à une consommation accrue de substances en réaction à la situation[24,25]. Ce manque de soutien et l'isolement social risquent également d'avoir une incidence disproportionnée sur certaines personnes, par exemple sur celles vivant dans des maisons de retraite ou des établissements de soins de longue durée (qui reçoivent peu de visiteurs), sur celles vivant seules et sur les travailleurs essentiels qui doivent passer beaucoup de temps loin de leur famille.

Lorsque les gens combattent un trouble lié à la consommation de substances, le soutien social, notamment les soutiens informels et les réunions de groupe de soutien par les pairs, constitue un aspect crucial du rétablissement[9]. Or, parmi les effets secondaires de la COVID-19, il y a un risque de réduction de l'accès à ces services de soutien social. Les groupes de soutien peuvent continuer à fonctionner à l'aide de plateformes Internet, mais les personnes qui ont des difficultés à accéder à la technologie ne peuvent pas bénéficier de ce type de soutien.

Augmentation de la demande de soins

Les revendications en matière de garde d'enfants et de prestation de soins sont susceptibles d'augmenter en raison de la fermeture de garderies et d'écoles et de changements dans l'accès au soutien et aux soins découlant de la distanciation physique. De plus, de nombreuses personnes prennent soin d'êtres chers malades ou en détresse pendant la pandémie. Les répercussions de ces demandes ne sont pas égales pour tous les groupes sociodémographiques : par exemple, un nombre disproportionnellement élevé d'aidants naturels sont des femmes[26]. Par conséquent, le genre ainsi que d'autres facteurs ayant une influence sur les inégalités en santé devraient être pris en compte dans l'examen de ces questions[26]. La qualité des soins et le risque d'infection pour les soignants sont également particulièrement à surveiller. Ces changements dans les demandes de soins sont susceptibles d'accroître la détresse et la consommation de substances pour y faire face.

Changement dans les habitudes de consommation de substances avec les autres

Les habitudes de consommation de substances, notamment l'endroit où les individus consomment et les personnes avec lesquelles ils consomment des substances, sont susceptibles de changer en raison du besoin de distanciation physique et de divers autres effets secondaires de la COVID-19. La réduction ou la fermeture des services de réduction des méfaits risque également d'avoir une incidence sur les habitudes de consommation de substances. Si les personnes suivent les directives de distanciation physique, elles risquent de consommer seules des substances, ce qui augmente le risque de décès en cas de surdose[27]. Elles peuvent également être amenées à consommer dans des lieux publics, ce qui peut entraîner un risque accru de dommages, d'anxiété et de probabilité d'arrestation, voire d'incarcération[28].

Changements liés à l'offre et à l'accès aux substances

Les restrictions relatives aux déplacements internationaux et la réduction des déplacements entre les provinces et les territoires du Canada ont eu une incidence sur les chaînes d'approvisionnement de substances illégales[29,30]. De plus, les mesures de réduction des risques de la COVID-19, comme la distanciation physique et l'autoisolement, sont également susceptibles d'avoir une incidence sur l'accès. Des approvisionnements limités peuvent modifier la puissance ou la composition des drogues illicites disponibles[31]. Les changements dans l'offre et l'accès peuvent également constituer un obstacle aux mesures de réduction des risques de la COVID-19. Par exemple, les personnes qui cherchent de nouvelles sources d'approvisionnement pourraient ne pas respecter la distanciation physique.

Si l'accès aux substances est limité, il risque d'y avoir une augmentation du nombre de personnes en sevrage et une augmentation du nombre de personnes qui commencent à utiliser des substances nouvelles ou inconnues mais plus facilement accessibles[31]. Les interruptions d'approvisionnement risquent d'affecter la tolérance d'une personne, augmentant son risque de surdose lorsque les substances deviennent disponibles. Le risque de surdose est également vraisemblablement plus élevé si les substances sont plus puissantes ou si elles sont contaminées.

Dans certaines provinces, le nombre de surdoses a augmenté depuis le début de la pandémie. En juin 2020, la Colombie-Britannique a enregistré le plus grand nombre de décès à ce jour attribuables à une intoxication aux drogues illicites, ainsi qu'une augmentation du nombre de cas impliquant des concentrations élevées de fentanyl[32]. Il convient de noter qu'il existe des disparités spatiales dans la dynamique de l'offre et dans la façon dont les provinces, les territoires et les municipalités s'efforcent d'atténuer ces problèmes.

En ce qui concerne les substances légales comme l'alcool et le cannabis, certaines provinces et certains territoires ont apporté des changements aux règlements en vigueur sur la vente de ces substances. Bien que la plupart des établissements autorisés aient été fermés pour les repas et la consommation d'alcool sur place pendant la période initiale des mesures restrictives, certaines autres mesures ont accru l'accès à l'alcool. Par exemple, les restaurants titulaires d'un permis en Ontario ont été autorisés à vendre de l'alcool avec les commandes à emporter et les livraisons, et à vendre des spiritueux à un prix réduit avec ces commandes[33]. La livraison de cannabis par des magasins de détail titulaires d'un permis a également été autorisée en Ontario en mars, mais a été interrompue en juillet[34].

Changements dans la disponibilité et l'accessibilité des services liés à la consommation de substances et aux méfaits

Répercussions sur les services de traitement, les thérapies de proximité et les thérapies liées à la consommation de substances

La pandémie de COVID-19 est susceptible d'avoir une incidence sur la disponibilité et l'accessibilité de certains services de traitement pour les troubles liés à la consommation de substances[4,5]. De nombreux fournisseurs se sont tournés vers les services de télésanté externes, ce qui peut modifier les temps d'attente. Les personnes qui utilisaient les services de sensibilisation pour la consommation de substances et les méfaits connexes risquent d'être affectées pendant la pandémie : les services pour les programmes de sensibilisation sont susceptibles d'être réduits en raison des limites en matière de personnel ou d'infrastructure.

Certains commentaires et reportages dans les médias ont fait état des répercussions de la COVID-19 sur les traitements par agonistes opioïdes, notamment au niveau des politiques[4,5]. Comme ces traitements sont généralement administrés en personne sur une base régulière, la pandémie peut perturber le plan de traitement des personnes qui demeurent isolées ou qui ont peur de quitter leur domicile. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les administrations ont réagi de façon variée pour atténuer les problèmes liés à l'approvisionnement sécuritaire de substances. Par exemple, la Colombie-Britannique a redoublé d'efforts pour assurer un approvisionnement sûr en substances afin de réduire les méfaits pendant la pandémie[35]. Cette approche par approvisionnement sûr consiste à prescrire et à distribuer des médicaments de qualité pharmaceutique comme solution de remplacement à l'approvisionnement illicite de substances dans la rue pour les personnes qui risquent de subir des méfaits comme une surdose[36].

Services de réduction des méfaits

Certains centres offrant des services de réduction des méfaits, notamment les centres de consommation supervisée, ont réduit leurs heures d'ouverture, ont limité le nombre de personnes pouvant être reçues ou ont temporairement fermé pendant la pandémie de COVID-19[37]. Cette réduction de services risque de limiter le nombre de centres de consommation disponibles, en conséquence du respect des mesures de distanciation physique et des réductions de personnel liées à la nécessité de s'isoler ou de se mettre en quarantaine. Les programmes qui fournissent du matériel de réduction des méfaits (p. ex. matériel stérile) et distribuent de la naloxone risquent d'être confrontés à des fermetures, à des heures d'ouverture réduites et à diverses autres restrictions de service[38] qui limitent le nombre de personnes auxquelles ils peuvent fournir des services.

Capacité des services d'urgence, des hôpitaux et des premiers intervenants à traiter les surdoses et autres méfaits liés à la consommation de substances

Lorsque les hôpitaux ou les premiers intervenants sont débordés par l'arrivée de patients à la suite d'une pandémie, leur capacité à intervenir et à fournir un traitement pour les surdoses et autres méfaits liés à la consommation de substances est limitée[†]. De plus, certaines personnes peuvent choisir de retarder leur traitement, d'éviter de recourir aux services de soins de santé ou de s'abstenir d'appeler les services d'urgence en raison de craintes associées à la COVID-19.

Le traitement des surdoses liées à une drogue risque d'être modifié en raison de la COVID-19. Les intoxications aux opioïdes (surdoses) sont habituellement traitées en administrant de la naloxone et en fournissant immédiatement de l'oxygène au moyen d'un masque ou d'un respirateur artificiel. Or les premiers intervenants ne sont plus nécessairement en mesure de fournir de l'oxygène de cette façon en raison du risque de transmission de la COVID-19[29]. De plus, certains premiers intervenants ont cessé d'administrer la naloxone par vaporisateur nasal en raison du risque de transmission de la COVID-19 par gouttelettes nasales[39]. En date de juin 2020, aucun changement n'a cependant été relevé dans les pratiques d'administration de la naloxone par injection.

Certaines personnes ayant fait une surdose ont besoin d'un ventilateur pour survivre. Or, si la demande de ventilateurs explose en raison de la COVID-19, ces derniers seront disponibles seulement un nombre limité[†].

Risque accru de transmission de la COVID-19 chez les personnes qui consomment des substances

Risque accru de transmission en raison du partage de matériel de consommation de substances

Le partage de matériel de consommation de substances (p. ex. pipes, joints, dispositifs de vaporisation ou récipients d'alcool) augmente le risque de transmission du virus. (Ceci est relié à la « disponibilité des services de réduction des méfaits », car la disponibilité et l'accessibilité des services de réduction des risques, comme les programmes d'approvisionnement en produits stériles, peuvent avoir une incidence sur l'accès à du matériel propre et, par conséquent, sur le risque de transmission.)

Stigmatisation associée à la consommation de substances

La stigmatisation associée à la consommation de substances découle de croyances erronées selon lesquelles les personnes atteintes de troubles liés à la consommation

[†] Au moment de soumettre cet article (juin 2020), ce n'était pas le cas au Canada.

de substances sont à condamner pour leur état ou qu'elles sont dangereuses ou imprudentes, et que la consommation de substances est un choix ou une question de volonté. Les expériences liées à la stigmatisation peuvent constituer un obstacle à l'accès aux services sociaux et de santé[40]. Les personnes qui consomment des substances risquent également de recevoir des services de santé de moins bonne qualité ou d'adopter des comportements nocifs ou certains mécanismes de défense (p. ex. éviter de recevoir des soins de santé ou consommer plus souvent des substances).

Les résultats associés à la stigmatisation des personnes qui consomment des substances peuvent être exacerbés pendant la pandémie et peuvent nuire à l'accès de celles-ci à des soins et à l'adoption des mesures de réduction des risques de la COVID-19[6,12,41]. Les personnes qui consomment des substances risquent de subir de multiples formes de stigmatisation (c.-à-d. en fonction de leur état de santé, de leurs caractéristiques, de leur sexe, de leur genre ou de leur identité de genre, d'une identité racialisée, de leur âge, de leurs capacités ou de leur langue). Les liens complexes entre stigmatisations multiples sont susceptibles d'avoir d'autres répercussions sur la santé[40].

Population carcérale

Les personnes qui consomment des substances ont tendance à être surreprésentées au sein de la population carcérale, et la consommation de substances est courante au sein de la population carcérale au Canada[42]. La population carcérale court un risque accru de transmission de maladies pendant la pandémie et est confrontée à des défis spécifiques lors de la mise en œuvre des mesures de réduction des risques[7,43]. Par exemple, le vieillissement de la population carcérale, les problèmes de surpopulation dans les cellules et la forte prévalence de la consommation de substances et de comorbidités connexes peuvent augmenter le risque d'infection par la COVID-19 et la probabilité de conséquences graves[43].

Personnes en situation d'itinérance, d'instabilité ou de logement inadéquat

Les personnes qui consomment des substances risquent de connaître davantage de problèmes de logement ou d'itinérance. Les personnes qui utilisent habituellement les refuges, des logements communautaires ou surpeuplés ou les lieux publics sont moins susceptibles d'avoir un accès régulier à des produits d'hygiène et risquent de ne pas pouvoir respecter la distanciation physique. Elles sont également plus à risque de contracter et de transmettre la COVID-19. Par ailleurs, elles sont susceptibles d'être confrontées à des obstacles à la mise en œuvre de mesures de réduction des risques[44]. La réduction des services due à la pandémie et la capacité limitée des refuges risquent de constituer un obstacle à l'accès aux refuges, aux installations d'hygiène et aux lieux sûrs pour consommer des substances. Cela est susceptible d'augmenter les risques d'infection et de surdose. De plus, cette population a souvent un accès plus restreint aux services de santé, présente des taux plus élevés de consommation de substances et pourrait être moins encline à respecter les mesures de réduction des risques (comme utiliser du matériel stérile pour la consommation de drogues[44]).

Risque accru de conséquences graves chez les personnes qui consomment des substances

Possibilité de surreprésentation des personnes qui consomment des substances au sein des groupes à risque élevé de conséquences graves

Souffrir de plusieurs problèmes de santé préexistants constitue un facteur de risque de conséquences graves chez les personnes ayant reçu un diagnostic de COVID-19[45]. Bon nombre des problèmes ayant été identifiés comme des facteurs de risque sont connus pour avoir également une incidence disproportionnée sur les personnes qui consomment des substances : maladies cardiovasculaires et système immunitaire affaibli[45,46].

Comme nous l'avons mentionné dans la section « Consommation de substances comme moyen d'adaptation », les effets de la pandémie sont susceptibles de contribuer à l'augmentation de la consommation de substances. De plus, l'utilisation de certaines substances est susceptible d'accroître le risque de maladie grave chez les personnes ayant reçu un diagnostic de COVID-19 et d'affaiblir leur système immunitaire et, plus spécifiquement, l'utilisation d'opioïdes immunosuppresseurs à action prolongée, comme la méthadone ou le fentanyl, a été associée à des risques accrus d'infections respiratoires[47].

L'interruption soudaine de fourniture en opioïdes, qui peut déclencher un phénomène de sevrage, a également été associée à un risque élevé d'infection grave[48], ce qui signifie que les perturbations dans l'accès aux opioïdes pendant la pandémie risquent d'exacerber le risque d'infection par la COVID-19.

La consommation chronique d'alcool a également été associée à un affaiblissement de la fonction immunitaire, et une consommation même modérée a été associée à un risque accru d'infection[49].

Possibilité d'effets nocifs associés à l'utilisation de certaines substances chez les personnes atteintes de la COVID-19

Parmi les personnes infectées par la COVID-19, celles qui consomment des substances risquent de présenter des complications et des conséquences plus graves. L'utilisation d'opioïdes augmente le risque d'infections respiratoires qui, à son tour, augmente le risque de complications et de conséquences graves de la maladie[7]. La consommation de méthamphétamine peut également augmenter le risque de complications graves de la COVID-19, car elle peut entraîner des lésions pulmonaires et altérer la fonction immunitaire[7,50]. L'examen des effets indésirables potentiels de la consommation de méthamphétamine chez les personnes atteintes de la COVID-19 pourrait constituer un champ de recherche pertinent puisque la prévalence de la consommation de méthamphétamine est en hausse en Amérique du Nord[50].

En raison de leurs effets nocifs sur la santé pulmonaire, le tabagisme et le vapotage sont également susceptibles d'accroître le risque d'infection grave par la COVID-19[7]. Toutefois, ces liens n'ont pas encore été corroborés et une étude plus approfondie s'impose.

La consommation de plusieurs substances (polytoxicomanie) peut avoir une incidence sur l'évolution de la maladie et pourrait interagir avec certains facteurs de risque, notamment un âge avancé ou le fait de présenter une ou plusieurs maladies chroniques, corrélés à des conséquences graves de la COVID-19.

Outre la possibilité que la consommation de substances influe sur la gravité des conséquences de la COVID-19, les effets de la COVID-19 sur la fonction respiratoire pourraient avoir une incidence sur le risque de surdose d'opioïdes. Les maladies respiratoires chroniques ont été associées à un risque accru d'hospitalisation et de mortalité

par surdose d'opioïdes[51,52]. De même, la diminution de la capacité pulmonaire causée la COVID-19 pourrait en accroître davantage les méfaits[7]. Associé aux éventuels changements dans l'approvisionnement en drogues et à la disponibilité réduite de certains services de réduction des méfaits et de traitement, comme nous l'avons vu ci-dessus, le risque de surdose pendant la pandémie peut être particulièrement élevé pour certaines personnes qui consomment des substances.

Confusion possible entre symptômes de sevrage et symptômes de la COVID-19

Certains symptômes de la COVID-19, comme la fièvre et des difficultés à respirer, risquent d'être confondus avec des symptômes de sevrage chez les personnes qui consomment des substances. Par ailleurs, les changements dans l'approvisionnement en médicaments en circulation et les services disponibles à la suite de la pandémie risquent de faire augmenter le nombre de personnes en sevrage. Il risque aussi d'y avoir moins de recension de ces problèmes en raison des limites de l'accessibilité ou de la disponibilité en services pendant la pandémie.

Incidence sur la recherche

Le thème des effets secondaires de la pandémie de COVID-19 est en transformation rapide. Notre modèle conceptuel des méfaits liés à la consommation de substances et à la COVID-19 offre une orientation pour les futurs champs de recherche où les données probantes sont actuellement insuffisantes.

Comme ce champ de recherche est en émergence, peu d'études et d'examens originaux évalués par des pairs étaient disponibles, ce qui fait que nous avons également inclus des commentaires et des sources non révisées pour enrichir l'élaboration de notre modèle. Bien que la qualité des données probantes ayant été utilisées pour ce modèle conceptuel soit limitée, l'inclusion de diverses sources de données probantes, notamment des travaux de recherche originaux évalués par des pairs, a permis un examen rapide et approfondi de ce nouveau domaine. Même si les modèles conceptuels ne visent pas à préciser comment et où cibler les interventions[14], l'information fournie ici est susceptible d'aider à déterminer dans quels domaines la recherche pourrait appuyer les efforts d'intervention.

Le modèle actuel indique que la COVID-19 et ses effets secondaires pourraient avoir une incidence profonde sur la façon dont les Canadiens consomment des substances et sur les méfaits spécifiques auxquels ils sont exposés. Il est donc nécessaire d'étudier ces sujets pour confirmer ou réfuter les relations proposées ici.

Ce modèle présente cinq domaines de concepts interreliés qui mettent en évidence des associations potentielles intéressantes. On a besoin de preuves empiriques sur les changements dans les schémas de consommation de substances en réponse aux effets de la pandémie sur la santé mentale et la société. La consommation de substances et l'exposition à ses méfaits connexes sont susceptibles d'être influencées par plusieurs changements en matière de soutien social, d'accès sécuritaire aux substances et d'accès aux services. Le risque d'infection par la COVID-19 chez les personnes qui consomment des substances, ainsi que les conséquences graves chez celles qui ont reçu un diagnostic de COVID-19, doivent être surveillés afin de comprendre dans quelle mesure la consommation de substances, notamment la polytoxicomanie, contribue à l'évolution de la maladie.

Les relations proposées dans ce modèle sont vraisemblablement à l'intersection avec également divers facteurs sociodémographiques ou socio-économiques, car certaines populations présentent un risque élevé d'exposition aux méfaits liés à la consommation de substances et d'exposition à la COVID-19. Afin de documenter les inégalités et les iniquités en santé, il faut donc étudier la façon dont les liens entre pandémie et méfaits liés à la consommation de substances varient en fonction des collectivités et des groupes au Canada.

Conclusion

Dans cet article, nous avons présenté un modèle illustrant divers concepts pertinents interreliés dans un nouveau champ de recherche, celui de la consommation de substances et de ses méfaits connexes dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Dans le but de faire le bilan de ce dont on dispose et de définir les futures orientations de la recherche, ce modèle conceptuel rassemble l'information provenant de diverses sources, que ce soit la littérature évaluée par des pairs, des articles d'opinion et des commentaires, des données non publiées ou des avis et des perspectives de spécialistes sur la consommation de substances et ses méfaits connexes pendant la pandémie de COVID-19.

Il est probable que les effets de la pandémie sur la consommation de substances et ses méfaits connexes n'aient pas encore été pleinement appréhendés. Il est nécessaire d'obtenir des données probantes pour élucider les relations présentées dans ce modèle conceptuel, afin de mieux répondre aux divers défis au fur et à mesure de leur évolution et afin d'orienter les futurs travaux de recherche et considérations en matière de politique et de programmes pendant la pandémie.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteures et avis

AE et HO ont conçu le projet. AE, AP, JV et VG ont effectué l'analyse documentaire. AE a dirigé l'élaboration du modèle conceptuel. AP, JV, VG, MG, NF, TK, BD, AN et HO ont contribué à l'élaboration du modèle. AE a rédigé l'article. Toutes les auteures ont effectué une relecture critique de l'article.

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

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Allocution luminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 11 mars 2020 [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2020 [consultation le 14 mai 2020]. En ligne à : https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

2. Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 14 mai 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19.html

3. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? Lancet Public Health. 2020;5(5):e259. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8.

4. Alexander GC, Stoller KB, Haffajee RL, Saloner B. An epidemic in the midst of a pandemic: opioid use disorder and COVID-19. Ann Intern Med. 2020;173(1):57-58. doi:10.7326/M20-1141.

5. Becker WC, Fiellin DA. When epidemics collide: coronavirus disease 2019 (COVID-19) and the opioid crisis. Ann Intern Med. 2020;173(1):59-60. doi:10.7326/M20-1210.

6. Jenkins WD, Bolinski R, Bresett J, et al. COVID-19 during the opioid epidemic-exacerbation of stigma and vulnerabilities. J Rural Health. 2020;10.1111/jrh.12442. doi:10.1111/jrh.12442.

7. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. Ann Intern Med. 2020;173(1):61-62. doi:10.7326/M20-1212.

8. Earp JA, Ennett ST. Conceptual models for health education research and practice. Health Educ Res. 1991;6(2):163-171. doi:10.1093/her/6.2.163.

9. Paradies Y, Stevens M. Conceptual diagrams in public health research. J Epidemiol Community Health. 2005;59(12):1012-1013. doi:10.1136/jech.2005.036913.

10. Brady SS, Brubaker L, Fok CS, et al.; Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) Research Consortium. Development of conceptual models to guide public health research, practice, and policy: synthesizing traditional and contemporary paradigms. Health Promotion Pract. 2020:21(4):510-524. doi:10.1177/1524839919890869.

11. van Dorn A, Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. Lancet. 2020;395(10232):1243-1244. doi:10.1016/S0140-6736(20)30893-X.

12. Nanos. COVID-19 and increased alcohol consumption [Internet]. Ottawa (ON): Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2020 [consultation le 4 mai 2020]. En ligne à : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf

13. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. Asian J Psychiatr. 2020;52:102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066.

14. Findlay L, Arim R. Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 11 mai 2020] En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00003-fra.pdf

15. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry. 2020;7(6):547-560. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1.

16. Budhwani H, Sun R. Creating COVID-19 stigma by referencing the novel coronavirus as the "Chinese virus" on Twitter: quantitative analysis of social media data. J Med Internet Res. 2020;22(5). doi:10.2196/19301.

17. Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E. Coronavirus, ageism, and Twitter: an evaluation of tweets about older adults and COVID-19. J Am Geriatr Soc. 2020;68(8):1661-1665. doi:10.1111/jgs.16508.

18. Logie CH, Turan JM. How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. AIDS Behav. 2020;24(7):2003-2006. doi:10.1007/s10461-020-02856-8.

19. Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? Psychopharmacology (Berl). 2001;158(4):343-359. doi:10.1007/s002130100917.

20. Statistique Canada. Enquête sur la population active, avril 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 14 mai 2020]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200508/dq200508a-fra.htm

21. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

22. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. Telemed J E Health. 2020;26(4):377-379. doi:10.1089/tmj.2020.0068.

23. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. BMJ. 2020;369:m1557. doi:10.1136/bmj.m1557.

24. Chou KL, Liang K, Sareen J. The association between social isolation and DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders: wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2011;72(11):1468-1476. doi:10.4088/JCP.10m06019gry.

25. Peirce RS, Frone MR, Russell M, Cooper ML. Financial stress, social support, and alcohol involvement: a longitudinal test of the buffering hypothesis in a general population survey. Health Psychol. 1996;15(1):38-47. doi:10.1037//0278-6133.15.1.38.

26. Gausman J, Langer A. Sex and gender disparities in the COVID-19 pandemic. J Womens Health. 2020;29(4):465-466. doi:10.1089/jwh.2020.8472.

27. BC Coroners Service. Illicit drug overdose deaths in B.C.; Findings of coroners' investigations [Internet]. British Columbia: Government of British Columbia; 2018. En ligne à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicitdrugoverdosedeathsinbc-findingsofcoronersinvestigations-final.pdf

28. Harris K. CBC News. Halt drug possession charges during pandemic to stem spike in overdose deaths, advocates say [Internet]. Toronto (ON): Canadian Broadcasting Corporation; 14 mai 2020 [consultation le 15 mai 2020]. En ligne à : https://www.cbc.ca/news/politics/drug-possession-covid19-1.5568631

29. City News. Dwindling drug supply on DTES drives prices up, leaves users desperate as COVID-19 closes border [Internet]. Vancouver (BC): City News; 24 mars 2020 [consultation le 4 mai 2020]. En ligne à : https://www.citynews1130.com/2020/03/24/drug-supply-bc-covid-19-border/

30. Bula F. Safe supply of opioids needed 'right away' to avoid overwhelming hospitals in COVID-19 pandemic: Vancouver Mayor. Vancouver (BC): Globe and Mail; 24 mars 2020 [consultation le 4 mai 2020]. En ligne à : https://www.theglobeandmail.com/canada/british-columbia/article-safe-supply-of-opioids-needed-right-away-to-avoid-overwhelming/

31. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés (Alerte au RCCET) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020 [consultation le 10 juin 2020]. En ligne à : https://www.ccsa.ca/fr/changements-loffre-de-drogues-illicites-et-lacces-aux-services-dans-le-contexte-de-la-covid-19

32. BC Coroners Service. Illicit drug toxicity deaths in BC: January 1, 2010 – May 31, 2020 [Internet]. British Columbia: Government of British Columbia; 2020 [consultation le 12 juin 2020]. En ligne à : https://www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/death/coroners-service/statistical-reports

33. Ministère des Finances. L'Ontario soutient le secteur des boissons alcoolisées pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; 17 juin 2020 [consultation le 18 août 2020]. En ligne à : https://news.ontario.ca/mof/fr/2020/06/lontario-soutient-le-secteur-des-boissons-alcoolisees-pendant-la-pandemie-de-covid-19.html

34. Régl. de l'Ont. 128/20 : Collecte et livraison de cannabis. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; 2020 [consultation le 18 août 2020]. En ligne à : https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/200128

35. CTV News. Vancouver: B.C. offering safe supply to some drug users to minimize harm during COVID-19 crisis. Vancouver (BC): CTV News; 26 mars 2020 [consultation le 19 mai 2020]. En ligne à : https://bc.ctvnews.ca/b-c-offering-safe-supply-to-some-drug-users-to-minimize-harm-during-covid-19-crisis-1.4870530

36. Santé Canada. Le gouvernement du Canada approuve de nouvelles options de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes et appuie des projets de recherche, de traitement et de réduction des méfaits en Ontario [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouverne ment du Canada; 2019 [consultation le 19 mai 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2019/05/le-gouvernement-du-canada-approuve-de-nouvelles-options-de-traitement-des-troubles-lies-a-lusage-dopioides-et-appuie-des-projets-de-recherche-de-tr.html

37. Jeffords S. Toronto: "Two crises": Ontario's opioid problem worsens during COVID-19 as services for drug users scale back [Internet]. Toronto (ON): Canadian Broadcasting Corporation; 39 avril 2020 [consultation le 11 mai 2020]. En ligne à : https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-opioid-covid19-1.5551368

38. Polewski L. Hamilton: Coronavirus: opioid crisis escalating in Hamilton due to naloxone restrictions, doctor says [Internet]. Hamilton (ON): Global News; 23 avril 2020 [consultation le 19 mai 2020]. En ligne à : https://globalnews.ca/news/6855439/coronavirus-hamilton-opioid-crisis-naloxone-restrictions/

39. Little L-A. North Bay: North Bay emergency responders to stop using naloxone nasal spray during pandemic. North Bay (ON): CTV News; 3 avril 2020 [consultation le 19 mai 2020]. En ligne à : https://northernontario.ctvnews.ca/north-bay-emergency-responders-to-stop-using-naloxone-nasal-spray-during-pandemic-1.4881599

40. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019. Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2019 [consultation le 11 mai 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html

41. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. COVID-19 et les usagers de drogues [Internet]. Lisbonne (PT) : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; 2020 [consultation le 11 mai 2020 En ligne à : https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/covid-19-and-people-who-use-drugs_fr

42. Kouyoumdjian F, Schuler A, Matheson FI, Hwang SW. Health status of prisoners in Canada: narrative review. Can Fam Physician. 2016;62(3):215-222.

43. Blair A, Parnia A, Siddiqi A. Testing lags and emerging COVID-19 outbreaks in federal penitentiaries in Canada. medRxiv. 2020 Jan 1. doi:10.1101/2020.05.02.20086314.

44. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. Lancet Public Health. 2020;5(4):e186-187. doi:10.1016/S2468-2667(20)30053-0.

45. CDC COVID-19 Response Team. Preliminary estimates of the prevalence of selected underlying health conditions among patients with coronavirus disease 2019 - United States, February 12–March 28, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(13):382-386. doi:10.15585/mmwr.mm6913e2.

46. Slaunwhite AK, Gan WQ, Xavier C, Zhao B, Buxton JA, Desai R. Overdose and risk factors for coronavirus disease 2019. Drug Alcohol Depend. 2020; 212:108047. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108047.

47. Brack A, Rittner HL, Stein C. Immunosuppressive effects of opioids—clinical relevance. J Neuroimmune Pharmacol. 2011;6(4):490-502. doi:10.1007/s11481-011-9290-7.

48. Farkas A, Lynch MJ, Westover R, et al. Pulmonary complications of opioid overdose treated with naloxone. Ann Emergency Med. 2020;75(1):39-48. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.04.006.

49. Szabo G, Saha B. Alcohol's effect on host defense. Alcohol Res. 2015;37(2):159-170.

50. Carrico AW, Horvath KJ, Grov C, et al. Double jeopardy: methamphetamine use and HIV as risk factors for COVID-19. AIDS Behav. 2020;1-4. doi:10.1007/s10461-020-02854-w.

51. Leece P, Cavacuiti C, Macdonald EM, et al.; Canadian Drug Safety and Effectiveness Research Network. Predictors of opioid-related death during methadone therapy. J Subst Abuse Treat. 2015;57:30-35. doi: 10.1016/j.jsat.2015.04.008.

52. Peterson C, Liu Y, Xu L, Nataraj N, Zhang K, Mikosz C. U.S. national 90-day readmissions after opioid overdose discharge. Am J Prev Med. 2019; 56(6):875-881. doi:10.1016/j.amepre.2018.12.003.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.04f

Commentaire

Réaction rapide face à la COVID-19 : relever les défis et améliorer la préparation mentale du personnel de sécurité publique

Alexandra Heber, M.D. (1,2); Valerie Testa, B. Éd. (3,7); Lorraine Smith-MacDonald, Ph. D. (4,5); Suzette Brémault-Phillips, Ph. D. (4,5); R. Nicholas Carleton, Ph. D. (6,7)

Publié en ligne le 9 septembre 2020

Diffuser cet article sur Twitter

Introduction

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le rôle essentiel du personnel de sécurité publique (PSP) dans le service et la protection de l'ensemble des Canadiens. Ce personnel est constitué des professionnels qui assurent la sécurité des Canadiens, comme les agents des services frontaliers, les préposés aux communications de la sécurité publique (p. ex. les répartiteurs d'urgence), les travailleurs correctionnels, les pompiers (de carrière et bénévoles), les gestionnaires des urgences autochtones, le personnel opérationnel et du renseignement, les ambulanciers et les policiers (municipaux, provinciaux et fédéraux)[1,2]. Il travaille souvent aux côtés de fournisseurs de soins de santé[1] et joue un rôle essentiel dans la gestion de la pandémie de COVID-19. Avant la COVID-19, le PSP faisait déjà état d'expositions répétées à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (EPTP)[2] ainsi qu'à des facteurs de stress professionnel importants comme le manque de personnel, l'insuffisance des ressources et la fatigue[3,4]. On peut donc raisonnablement s'attendre à ce que les facteurs de stress omniprésents liés à la pandémie de COVID-19, comme le risque de contagion personnelle et familiale (mentionnés dans une conversation du 20 juillet 2020 entre le commandant S. Leduc et Valerie Testa), augmentent encore la pression s'exerçant sur ce personnel.

Chaque secteur dans lequel évolue un PSP (police, services d'incendie, services d'ambulance, services correctionnels, etc.) a besoin d'un soutien adapté pour gérer à long terme les facteurs de stress liés à la pandémie de COVID-19. De plus en plus de publications font état des effets des épidémies précédentes (comme le SRAS ou le SRMO) et de la pandémie actuelle sur les travailleurs de la santé[5,6], mais très peu décrivent l'impact de ces pandémies et des épidémies sur le PSP. La collecte de données spécifiques au PSP en vue de générer des éléments de preuve au cœur de la crise de la COVID-19 serait instructive, mais nécessiterait de consacrer du temps et de l'attention à la recherche au détriment de la prestation de services essentiels. Comme il était nécessaire de trouver une autre approche pour synthétiser rapidement les connaissances fondées sur des données probantes et évaluées par des pairs tout en diffusant des stratégies de soutien au PSP, on a mis en place le Projet de soutien et de préparation face à la COVID-19 (PSPC), de l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), avec un important soutien financier de la part d'Anciens Combattants Canada (ACC). Il s'agit d'un centre national de connaissances en ligne qui fournit des

Points saillants

- La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le rôle essentiel du personnel de sécurité publique dans le service et la protection de l'ensemble des Canadiens.
- Le personnel de sécurité publique signalant déjà des problèmes de santé mentale et de bien-être avant même la pandémie de COVID-19, les nouveaux facteurs de stress pourraient augmenter les besoins en ressources supplémentaires chez ce personnel afin qu'il soit capable de nous aider à long terme.
- Cet article propose divers éléments de soutien pouvant constituer des pistes pertinentes en vue de favoriser le bien-être du personnel de sécurité publique pendant la période de stress prolongé provoqué par la pandémie de COVID-19.
- Les autosoins peuvent s'avérer essentiels au maintien de la santé mentale et du bien-être du personnel de sécurité publique pendant la pandémie de COVID-19.

Mots-clés : *personnel de sécurité publique, premiers intervenants, COVID-19, formation, communication de crise, leadership, quarantaine, autosoins*

Rattachement des auteurs :

1. Anciens Combattants Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. École interdisciplinaire des sciences de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
4. Consortium de recherche sur le support et la défense des héros (CRSDH), Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
5. Faculté de médecine de réadaptation, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
6. Département de psychologie, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada
7. Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, Regina (Saskatchewan), Canada

Correspondance : Alexandra Heber, Anciens Combattants Canada, 161, rue Grafton, C.P. 7700, BI 029, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8M9; tél. : 613-617-1355; courriel : alexandra.heber@canada.ca

renseignements fiables sur la santé mentale et le bien-être du PSP à partir de consultations menées avec le personnel de première ligne, les dirigeants et les experts en la matière, afin de recenser les défis auxquels le PSP est confronté. Des réponses à ces défis sont ensuite fournies à partir des publications existantes évaluées par les pairs sur l'impact des pandémies et des épidémies sur les travailleurs de la santé, ainsi qu'à partir des données générales relatives à la santé mentale en cas de catastrophe. Ces résultats sont ensuite adaptés au PSP et diffusés en ligne par les membres du PSP, les cliniciens et les chercheurs sous diverses formes, que ce soit des contenus écrits accessibles, des assemblées virtuelles interactives dirigées par des experts en la matière et des intervenants du PSP, des vidéos ou encore des exercices guidés de gestion du stress en format audio.

Objectif

Cet article décrit les cinq domaines prioritaires recensés par le PSPC pour soutenir le PSP pendant la COVID-19. L'objectif est de faire connaître le vécu du PSP et d'encourager l'innovation collective en matière de soutien au bien-être de ses membres. Les priorités et les recommandations énumérées ici ne sont pas exhaustives, définitives ou mutuellement exclusives et elles ne sont pas non plus applicables à tous les secteurs ou organismes dans lesquels évoluent les membres du PSP. Il s'agit plutôt de fournir des points de départ à envisager pour continuer à soutenir les membres du PSP, leurs familles et leurs dirigeants. Le tableau 1 présente un résumé de ces recommandations.

TABLEAU 1
Récapitulatif des exemples de soutien

Formation à la préparation spécialisée	
Offrir des possibilités d'apprentissage au moment pertinent	Offrir des possibilités de formations régulières et brèves avec des synthèses de l'information à jour.
Fournir des aides à la décision	Fournir des moyens mnémotechniques, arbres ou algorithmes de décision officiels approuvés par les dirigeants et spécifiques aux défis liés à la COVID-19.
Garder en tête qu'il s'agit d'un marathon	Aider les personnes à trouver le bon rythme.
	Encourager les personnes à prendre soin d'elles-mêmes (p. ex. exercice, repos, déconnexion du travail, socialisation).
Communication	
Maintenir la communication	Prévoir une communication fréquente, cohérente, transparente et interactive.
	Prévoir du temps pour les questions, les discussions et les suggestions.
	Souligner l'importance et la valeur de chacun.
Offrir de l'empathie	Fournir des messages réguliers qui mettent l'accent sur la compréhension et le désir d'aider.
Tirer profit des médias	Utiliser des outils médiatiques spécifiques et cohérents pour la diffusion de l'information.
Leadership et travail d'équipe	
Rester visible, disponible et bien informé	Maintenir la visibilité de dirigeants de confiance engagés dans une communication empathique, constructive et solidaire.
Combler les besoins fondamentaux	Trouver des solutions novatrices pour aider les personnes à déterminer comment répondre à leurs besoins fondamentaux malgré les nouvelles complications.
Offrir un soutien social	Souligner l'importance d'un soutien social constant.
	Soutenir les efforts de soutien par les pairs.
Quarantaine	
Garder le contact	Garder un contact à distance régulier avec le personnel en quarantaine, en insistant sur le fait qu'il est indispensable et apprécié.
Penser aux principes fondamentaux	Soutenir les membres du PSP auto-isolés en leur garantissant un accès à des services, à l'aide sociale, à des soins médicaux et la fourniture d'alimentation.
Lutter contre la violence conjugale et la toxicomanie	Être conscient du risque accru de violence conjugale et d'abus d'alcool et d'autres substances; rappeler aux personnes de demander de l'aide rapidement et leur indiquer où elles peuvent obtenir cette aide.
Prendre soin de soi	
Réagir par des choix santé	Mettre l'accent sur les habitudes saines en matière de sommeil, d'alimentation, d'hydratation et d'exercice.
	Utiliser des techniques de relaxation et de gestion du stress (p. ex. respiration diaphragmatique et exercices de pleine conscience).
Maintenir ses routines	Maintenir ou établir des routines.
Entretenir des liens sociaux sains et se faire aider	Rester en contact avec la famille, les amis et les collègues.
	Faire appel, au besoin, au soutien de membres fiables de la famille, de collègues et de services de soins de santé fondés sur des données probantes.

Abréviation : PSP, personnel de sécurité publique.

Soutenir le PSP pendant la COVID-19

Formation à la préparation spécialisée

Le PSP intervient dans des environnements où règne une forte incertitude[7], ce qui renforce les risques pour la santé mentale liés à des expositions répétées aux EPTP[3]. Les organismes de PSP pourraient être en mesure de soutenir l'efficacité du PSP tout en atténuant les risques liés aux EPTP[3] par des formations à la préparation formelle et informelle[8,9] ainsi que par des formations en santé mentale[4]. Les formations à la préparation par la « répétition » peuvent permettre au PSP de se familiariser avec les EPTP, de réduire l'effet de surprise et d'atténuer la réaction automatique au stress qui consiste à « combattre, fuir ou s'immobiliser » lorsque survient un EPTP[10,11]. La nature inattendue de la crise de la COVID-19 est susceptible d'avoir mis en péril les capacités spécifiques de formation à la préparation de nombreux membres du PSP, mais ces derniers travaillent avec succès pour relever

les défis rencontrés et tireraient profit de soutien supplémentaire dans la poursuite de leurs efforts alors même que la pandémie perdure. Voici diverses suggestions de mesures de soutien additionnelles.

1. **Offrir des possibilités d'apprentissage au moment pertinent**. La formation à la préparation en matière de mesures d'intervention d'urgence pour la COVID-19 a nécessairement été compromise par l'apparition soudaine de cette maladie et le manque de temps disponible pour préparer le personnel. Toutefois, le PSP tirera certainement profit de synthèses des données à jour, de possibilités de formations régulières et brèves (p. ex. une fois par semaine lors d'une réunion quotidienne; à l'aide d'une courte séquence vidéo) proposées par des autorités respectées à propos des dernières lignes directrices, sur les faits nouveaux et sur les stratégies d'intervention les plus récentes[12-14]. Une formation régulière est susceptible de contribuer à réduire l'anxiété, à accroître la confiance accordée à la direction, à renforcer l'image de l'organisme et à diminuer le sentiment d'isolement[13,14].

2. **Fournir des aides à la décision**. Des moyens mnémotechniques, des arbres ou des algorithmes de décision officiels, s'ils sont approuvés par les dirigeants et spécifiques aux défis liés à la COVID-19, sont susceptibles de réduire l'incertitude et l'anxiété du PSP dans la crise actuelle[4,15]. Cette information peut être mise à jour au fur et à mesure que de nouvelles données probantes sont disponibles.

3. **Garder en tête qu'il s'agit d'un marathon**. Se préparer durant la pandémie implique de trouver son rythme face au « marathon » qu'elle nécessite sur le long terme, tout en étant capable d'effectuer des « sprints » intermittents pour mener les interventions d'urgence[16]. Les membres du PSP peuvent avoir besoin d'encouragements supplémentaires pour surveiller leur santé et prendre soin d'eux-mêmes, en faisant de l'exercice, en se reposant, en déconnectant du travail et en socialisant.

Communication

Faire parvenir la bonne information aux bonnes personnes et au bon moment pouvant s'avérer délicat dans les circonstances les plus favorables, cette tâche risque d'être encore plus difficilement réalisable en situation de pandémie. La « communication de crise » vise à transmettre efficacement l'information dans le chaos qui règne lors d'une situation de crise. Les communications doivent être faciles à comprendre et cohérentes pour que les gens se souviennent des messages clés et prennent des mesures efficaces. Les autorités sanitaires fédérales telles que les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis[17] fournissent des lignes directrices en soutien aux tentatives de communication de crise efficace. Voici diverses mesures de soutien possibles.

1. **Maintenir la communication**. Maintenir une communication fréquente, cohérente, transparente et interactive. Une nouvelle information est mieux assimilée et traitée lorsque le contenu est concis, cohérent et fourni par une source respectée[18]. Prévoir du temps pour les questions, les discussions et les suggestions crée un espace qui peut aider les dirigeants à mieux comprendre les besoins du PSP, ce qui est important pour maintenir les capacités de ce dernier pendant un tel marathon[7]. Une communication interactive régulière avec les dirigeants peut aider à renforcer l'estime de soi des membres de l'équipe tout en soulignant que leurs efforts sont reconnus et valorisés.

2. **Offrir de l'empathie.** La crise liée à la pandémie est susceptible d'engendrer des réactions de peur ou de colère chez les personnes avec lesquelles le PSP interagit. Faire preuve de compréhension empathique et témoigner d'un désir d'aider a le pouvoir de désamorcer ces émotions intenses[19]. Cela étant dit, la pandémie pourrait compliquer les efforts déployés par le PSP pour offrir de l'empathie (p. ex. les masques peuvent interférer avec les indices non verbaux), nécessitant un effort supplémentaire de la part de ses membres, augmentant ainsi la pression qui s'exerce sur eux. Malgré ces efforts supplémentaires requis, surmonter les obstacles liés à la pandémie afin de trouver des moyens de faire preuve d'empathie et de bienveillance peut faciliter l'obtention de résultats positifs pour le PSP comme pour les personnes qu'il sert.

3. **Tirer profit des médias**. Les médias peuvent contribuer à susciter des comportements altruistes, éthiques et civiques, favorisant ainsi la santé des collectivités en temps de crise[18]. Dans la mesure du possible, il convient de choisir un petit nombre de sources fiables d'information afin de maximiser le nombre de personnes touchées tout en permettant au PSP de savoir aisément où trouver l'information. Les médias traditionnels et sociaux peuvent transmettre des renseignements importants pour optimiser la sécurité publique pendant la pandémie. Les communications avec les médias peuvent également être utilisées pour atténuer les préjugés et les critiques dont peuvent faire l'objet les membres du PSP et d'autres personnels de première ligne lorsqu'ils prennent des décisions urgentes dans un contexte sans précédent, qui nécessite souvent l'élaboration de nouvelles pratiques exemplaires en temps réel[18].

Leadership et travail d'équipe

Les dirigeants peuvent jouer un rôle essentiel en soutenant la résilience psychologique et le moral de leurs équipes. Faciliter l'accès rapide à des services de santé mentale fondés sur des données probantes après une atteinte à la santé mentale est important[5,20]. Ne serait-ce que rappeler aux membres du PSP qu'ils peuvent bénéficier d'un soutien avant, pendant et après un EPTP, en particulier un EPTP prolongé comme la pandémie de COVID-19, peut contribuer à atténuer le stress, l'épuisement professionnel et d'autres atteintes à la santé mentale[21-23]. Voici quelques recommandations fondées sur des données probantes à l'intention des dirigeants.

1. **Rester visible, disponible et bien informé.** La visibilité de dirigeants de confiance peut soutenir le moral et renforcer la conviction d'un soutien disponible, ce qui peut renforcer à son tour la résilience. Les dirigeants qui offrent la preuve, même brièvement, qu'ils connaissent les facteurs de stress touchant l'ensemble de leurs équipes ainsi que les facteurs de stress individuels touchant certains membres des équipes peuvent être très efficaces. Les dirigeants peuvent essayer d'apporter leur aide en rappelant au PSP que la COVID-19 est un

EPTP prolongé qui nécessite des objectifs réalisables à court et à long terme, ainsi qu'une concentration sur les activités pérennes. Les dirigeants peuvent aider les membres du personnel à trouver un sens à la situation, à se concentrer au-delà de la crise actuelle et à être fiers de savoir qu'ils contribuent au bien de tous dans leur collectivité et leur pays[16,24].

2. **Combler les besoins fondamentaux.** Les besoins fondamentaux des membres du PSP doivent toujours être comblés afin qu'ils puissent accomplir leurs tâches efficacement, mais la pandémie a entraîné des complications, comme l'auto-isolement, susceptibles de compromettre leurs capacités à combler des besoins fondamentaux comme la garde d'enfants ou les courses à l'épicerie. Les dirigeants et les organismes peuvent apporter leur aide en s'efforçant de recenser ces difficultés pour proposer des solutions novatrices qui compenseront ces nouvelles complications[25].

3. **Offrir un soutien social**. Le soutien social peut s'avérer important pour la résilience, mais certaines dimensions de ce soutien social peuvent être altérées par la nécessité de respecter les règles de distanciation et l'auto-isolement[25,26]. Les dirigeants peuvent contribuer à renforcer les relations positives et le moral des membres du PSP en soulignant le soutien que ces derniers apportent à leurs équipes, en encourageant le soutien entre collègues au sein des équipes et, si possible, en mettant en place des équipes et des cycles de travail stables et cohérents[25-27].

Quarantaine

Les données probantes tirées des précédentes épidémies associent l'isolement à une santé mentale fragilisée[6,18,28,29]. La quarantaine ou l'auto-isolement peuvent conduire à la solitude, l'ennui, la peur, la perte de routine et avoir diverses conséquences comme la consommation excessive d'alcool et d'autres substances[30-32]. Plusieurs cycles d'isolement obligatoire pendant une pandémie peuvent également exacerber des problèmes de santé mentale préexistants[5]. Après l'isolement, le retour au travail peut être source d'anxiété en raison des craintes de (ré) infection et des réactions des collègues, qui ont pu se trouver dans l'obligation de faire des heures supplémentaires pour pallier le manque de personnel. Voici certaines options susceptibles de réduire les effets néfastes de l'isolement.

1. **Garder le contact.** Le personnel d'un lieu de travail peut soutenir l'un de ses membres isolé en restant en contact et en prenant régulièrement de ses nouvelles à distance. Affirmer que les personnes isolées demeurent des membres à part entière et appréciés de l'équipe peut contribuer à atténuer les problèmes potentiels de santé mentale.

2. **Penser aux principes fondamentaux**. Parmi les mesures qui soutiennent le PSP pendant un auto-isolement, citons le fait de faciliter l'accès aux services et aux fournitures à distance (aide sociale, soins médicaux, commande de courses d'épicerie, etc.).

3. **Lutter contre la violence conjugale et la toxicomanie.** La pandémie de COVID-19 a entraîné une augmentation des cas de violence conjugale et des cas d'abus d'alcool et d'autres substances[30-32]. On doit informer les membres du PSP de ce risque accru, leur rappeler qu'ils doivent demander de l'aide rapidement et leur permettre un accès à des ressources adaptées.

Prendre soin de soi

Il peut être particulièrement difficile de prendre soin de soi lorsque l'on est confronté à des facteurs de stress professionnels comme le travail par quarts, les horaires irréguliers et l'épuisement. Le stress supplémentaire lié à la COVID-19 peut toutefois être partiellement atténué en invitant régulièrement les membres du PSP à s'engager dans des pratiques quotidiennes d'autosoins pour soutenir leur bien-être, en particulier leur santé mentale et leur résilience[33,34]. Voici quelques suggestions pour prendre soin de soi.

1. **Réagir par des choix santé**. Rappelez aux membres du PSP qu'ils doivent s'efforcer de bien dormir, de bien manger et de se reposer régulièrement. Utiliser des techniques de relaxation et de gestion du stress (comme la respiration diaphragmatique et les exercices de pleine conscience) favorise le maintien d'un sentiment de bien-être. Ne serait-ce que 30 secondes de respiration profonde ou 5 minutes d'exercice de pleine conscience pendant les pauses et avant le sommeil peuvent s'avérer utiles.

2. **Maintenir ses routines**. Le maintien de routines même simples, comme un rituel avant d'aller se coucher ou un entraînement physique programmé régulièrement, peut asseoir un ressenti de structure et de prévisibilité pendant la période d'incertitude prolongée provoquée par la pandémie.

3. **Entretenir des liens sociaux sains et se faire aider**. Rester en contact avec sa famille, ses amis et ses collègues peut aider à préserver son sentiment d'appartenance collective, sa résilience et son bien-être. Dans la mesure du possible, il convient de donner la priorité aux activités et aux plateformes de médias sociaux en ligne positives, en réduisant le plus possible les activités et les plateformes perturbantes, angoissantes et frustrantes[35]. Faire appel au soutien de membres fiables de la famille, de collègues ou de services de soins de santé fondés sur des données probantes en cas de besoin peut aider les membres du PSP à gérer le stress prolongé causé par la pandémie.

Conclusion

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence notre dépendance à l'égard du nombre relativement restreint de personnes qui travaillent pour maintenir la santé, le bien-être et la sécurité de la population. Elle révèle aussi les difficultés à offrir un soutien aux membres du PSP alors même qu'ils assument un rôle essentiel. La nature, l'ampleur et la portée sans précédent de la pandémie ont exigé la mise en place de solutions appelées à durer, innovantes et constamment à réévaluer. Cet article présente des recommandations en vue de soutenir le PSP qui sont fondées sur des données cliniques et, le cas échéant, sur des données probantes. Ces recommandations sont organisées et diffusées par le biais d'une initiative nationale canadienne, le Projet de soutien et de préparation face à la COVID-19. À mesure de l'évolution de la pandémie de COVID-19 de l'émergence de nouveaux défis, il faudra fournir des efforts concertés pour fournir et maintenir un soutien psychosocial spécifique au PSP, afin de lui permettre non seulement de faire face aux

nombreux défis à venir, mais aussi de s'épanouir face à ces derniers.

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement les personnes suivantes pour leurs précieuses contributions : Dre Cyd Courchesne, Direction générale des professionnels de la santé, Anciens Combattants Canada; Ron Martin, Faculté d'éducation, Université de Regina; Rosemary Ricciardelli, Faculté de sociologie, Université Memorial de Terre-Neuve; Lorraine Downey, Service paramédic d'Ottawa, Ville d'Ottawa/Ottawa First Responder Mental Health Network Collaboration; Christine Godin, Service paramédic d'Ottawa, Ville d'Ottawa; Heather Hadjistavropoulos, Département de psychologie, Université de Regina; Dre Ruth Lanius, Unité de recherche sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT), Université Western/Département de psychiatrie, Université Western/École des sciences de la réadaptation, Université McMaster; Margaret McKinnon, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster/Santé mentale et dépendances, St. Joseph's Healthcare Hamilton/Homewood Research Institute; capitaine Alain Pellegroms, Service des incendies d'Ottawa, Ville d'Ottawa; James M. Thompson, Département des sciences de la santé publique, Université Queen's/Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans; les membres du comité du PSPC et les examinateurs du personnel de la sécurité publique. Veuillez consulter le site Internet du PSPC pour obtenir la liste complète des nombreuses personnes que nous tenons à remercier pour leur contribution au Projet de soutien et de préparation face à la COVID-19.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts à signaler.

Contributions des auteurs et avis

AH, VT, LSM, SBP et NC ont tous contribué à la conception, à la rédaction et à la revue critique de ce commentaire.

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

Références

1. Gouvernement du Canada. Cadre fédéral relatif au stress post-traumatique. Ottawa (Ont) : Gouvernement du Canada; 2020. [n° HP10-34/2020E-PDF]. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/federal-framework-post-traumatic-stress-disorder/pub1-fra.pdf

2. Institut canadien de traitement et de recherche en sécurité publique (ICRTSP). Glossaire des termes : une compréhension commune des termes courants pour décrire les traumatismes psychologiques (version 2.1). Regina (SK) : ICRTSP; 2019. En ligne à : https://www.cipsrt-icrtsp.ca/fr/wp-content/uploads/sites/6/2020/02/Glossaire-des-termes-version-2.1.pdf

3. Carleton RN, Afifi TO, Taillieu, T, et al. Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. Can J Behav Sci. 2019; 51:37-52. doi:10.1037/cbs0000115.

4. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, et al. Mental health training, attitudes toward support, and screening positive for mental disorders. Cogn Behav Ther. 2020;49(1):55-72. doi:10.1080/16506073.2019.1575900.

5. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020; 9(3):241-247. doi:10.1177/2048872620922795.

6. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerg Infect Dis. 2004;10(7):1206-1212. doi: 10.3201/eid1007.030703.

7. Camp RD, Mellow R. PSP Leadership and mental health. Presentation at CRRP Virtual Town Hall Series; 2020; Canadian Institute for Public Safety Research and Treatment (CIPSRT). En ligne à : https://www.youtube.com/watch?v = 97-mlI-ugE0

8. Sécurité publique Canada. Protection civile [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 29 mai 2020]. En ligne à : https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/mrgnc-mngmnt/mrgnc-prprdnss/index-fr.aspx

9. Perry RW, Lindell MK. Preparedness for emergency response: guidelines for the emergency planning process. Disasters. 2003;27(4):336-350. doi: 10.1111/j.0361-3666.2003.00237.x.

10. Carleton RN. Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. J Anxiety Disord. 2016;39:30-43. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.007.

11. Carleton RN, Koroll S, Wagner J, et al. A prospective assessment of PTSD symptoms using analogue trauma training with nursing students. Can J Behav Sci. 2019;51(3):181-191. doi: 10.1037/cbs0000127.

12. Becker AL. World Health Assembly addresses pandemic flu [Internet]. Minneapolis (MN): Center for Infectious Disease Research and Policy; 2005 [mis en ligne le 16 mai 2005, consultation le 18 mai 2020]. En ligne à : https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2005/05/world-health-assembly-addresses-pandemic-flu

13. O'Donnel R. When it comes to training, timing is everything. HR Dive [Internet]. 2017 [mise en ligne le 17 octobre 2005, consultation le 18 mai 2020]. En ligne à : https://www.hrdive.com/news/when-it-comes-to-training-timing-is-everything/506971/

14. Mason R, Pegler C, Weller M. A learning object success story. J Asynchron Learn Netw. 2005;9(1):97-105.

15. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy – ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. N Engl J Med. 2020;382:1873-1875. doi: 10.24059/olj.v9i1.1805.

16. Wu AW, Connors C, Everly GS Jr. COVID-19: peer support and crisis communications strategies to promote institutional resilience. Ann Intern Med. 2020;172(12):822-823. doi: 10.7326/M20-1236.

17. U.S. Department of Health and Human Services. Crisis emergency and risk communication. Centers for Disease Control and Prevention; 2014. En ligne à : https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/cerc_2014edition_Copy.pdf

18. Lunn PD, Belton CA, Lavin C, McGowan FP, Timmons S, Robertson, DA. Using behavioral science to help fight the coronavirus. JBPA. 2020;3(1):1-15. doi: 10.30636/jbpa.31.147.

19. Decety J, Bartall IB-A, Uzefovsky F, Knafo-Noam A. Empathy as a driver of prosocial behaviour: highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. Phil Trans R Soc Lond B Biol Sci [Internet]. 2016 [consultation le 29 mai 2020];371(1686):20150077. doi:10.1098/rstb.2015.0077.

20. Kinman G, Teoh K. What could make a difference to the mental health of UK doctors? A review of the research evidence. London (UK): Society of Occupational Medicine; 2018. En ligne à : https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/What_could_make_a_difference_to_the_mental_health_of_UK_doctors_LTF_SOM.pdf

21. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. Emerg Infect Dis. 2006;12(12): 1924-1932. doi:10.3201/eid1212.060584.

22. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. J Occup Environ Med. 2018;60(3):248-257. doi: 10.1097/JOM.0000000000001235.

23. Yassi A, Moore D, Fitzgerald JM, Bigelow P, Hon C, Bryce E. Research gaps in protecting healthcare workers from SARS and other respiratory pathogens: an interdisciplinary, multistakeholder, evidence-based approach. J Occup Environ Med. 2005;47(1):41-50. doi:10.1097/01.jom.0000150207.18085.41.

24. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. JAMA. 2020;323(21):2133-2134. doi: 10.1001/jama.2020.5893.

25. Naushad VA, Bierens JJ, Nishan KP, et al. A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. Prehosp Disaster Med. 2019;34(6):632-643. doi:10.1017/S1049023X19004874.

26. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000;68(5):748-766. doi:10.1037//0022-006x.68.5.748.

27. Ho C, Chee C, Ho R. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. Ann Acad Med Singapore. 2020;49(3):155-160.

28. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020; 395:912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

29. Maunder RG, Leszcz M, Savage D, et al. Applying the lessons of SARS to pandemic influenza. Can J Public Heal. 2008;99(6):486-488. doi:10.1007/BF03403782.

30. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. J Clin Nurs. 2020;29(13-14):2047-2049. doi:10.1111/JOCN.15296.

31. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. BMJ [Internet]. 2020 [consultation le 29 mai 2020];369:m1557. doi:10.1136/bmj.m1557.

32. Humphreys KL, Myint MT, Zeanah CH. Increased risk for family violence during the COVID-19 pandemic. Pediatrics [Internet]. 2020 [consultation le 26 mai 2020];e20200982. doi: 10.1542/peds.2020-0982.

33. Unadkat S, Farquhar M. Doctors' wellbeing: self-care during the covid-19 pandemic. BMJ [Internet]. 2020 [consultation le 29 mai 2020];368(1150). doi:10.1136/bmj.m1150.

34. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. JAMA. 2020; 323(15):1439-1440. doi:10.1001/jama.2020.3972.

35. Bansal P, Bingermann TA, Greenhawt M, et al. Clinician wellness during the COVID-19 pandemic: extraordinary times and unusual challenges for the allergist/immunologist. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(6):1781-1790. e3. doi:10.1016/j.jaip.2020.04.001.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.05f

Appel à contributions – Numéro spécial 2021 Prévention et contrôle du tabagisme et du vapotage au Canada

Diffuser cet article sur Twitter

Rédacteurs : Jennifer O'Loughlin (Université de Montréal), Thierry Gagné (University College London) et Robert Geneau (rédacteur en chef, Agence de la santé publique du Canada)

On estime que plus de 45 000 Canadiens meurent chaque année d'une maladie liée au tabac[1], ce qui fait du tabagisme la principale cause évitable de décès prématuré au Canada[2]. De plus, la hausse récente d'utilisation de produits de vapotage, en particulier chez les jeunes, est une préoccupation croissante en santé publique. Des données probantes émergentes indiquent que les produits de vapotage ne sont pas sans risques pour les utilisateurs, mais des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les risques à long terme. S'il n'est pas encadré par des règlements adéquats, le marché de la cigarette électronique pourrait se développer au point de devenir une menace à « l'endgame du tabagisme »[3,4]. Les politiques de contrôle du tabagisme et du vapotage sont désormais entremêlées.

Le Canada continue de mettre en œuvre des politiques et des programmes exhaustifs de contrôle du tabac dans le cadre de son engagement à atteindre un taux inférieur à 5 % de tabagisme au pays d'ici 2035[5]. Au cours des dernières années, on y a également introduit des règlements sur les produits de vapotage au niveau fédéral ainsi que dans plusieurs provinces et territoires, avec l'objectif explicite de réduire l'utilisation de produits de vapotage chez les jeunes.

Le but de ce numéro spécial est de publier des données probantes scientifiques actuelles et émergentes sur l'épidémiologie, la prévention et le contrôle du tabagisme et du vapotage, en accordant un intérêt particulier aux jeunes. Dans cette optique, *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : recherche, politiques et pratiques* sollicite des articles de recherche pertinents qui présentent des nouveaux résultats ou font la synthèse de données probantes existantes sur :

- des politiques, des interventions et des règlements en lien avec l'initiation au tabagisme ou au vapotage, les habitudes d'utilisation et de consommation, et l'abandon du tabagisme ou du vapotage, incluant les lacunes dans les politiques sur le tabagisme et le vapotage et les défis liés à leur mise en œuvre;
- les inégalités en santé liées à l'utilisation du tabac et des produits de vapotage et les méfaits qui y sont associés; et
- les associations entre l'utilisation de produits de vapotage et les comportements liés à l'abandon du tabagisme et à la réduction des méfaits, chez les fumeurs comme chez les non-fumeurs.

Les soumissions internationales seront prises en considération si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (p. ex. dans le cadre d'une étude multipays) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé publique au Canada.

Veuillez consulter le site Web de la revue pour des renseignements sur les types d'articles et les lignes directrices à l'intention des auteurs. Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement. Veuillez faire parvenir toutes vos soumissions et vos questions sur le processus de soumission ou sur la pertinence et la portée de manuscrits à PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca.

Échéance pour les soumissions : le 31 mars 2021.

Références

1. Santé Canada. Stratégie canadienne sur le tabac [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; [modifié le 10 janvier 2020; consultation le 20 novembre 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html
2. Santé Canada. Consultation sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : ce que nous avons entendu. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2017. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/consultation-sur-lavenir-lutte-contre-tabagisme-ce-que-nous-avons-entendu.html
3. McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. The tobacco endgame: a qualitative review and synthesis. Tob Control. 2016;25:594-604. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052356
4. Le cabinet Tobacco Endgame. Atteindre un taux inférieur à 5 % d'ici 2035 : rapport sur la lutte contre le tabagisme 2019. Ottawa (Ont.) : Association pulmonaire du Canada; 2019. En ligne à : https://www.poumon.ca/sites/default/files/EndGameReport-French_0.pdf
5. Santé Canada. Aperçu de la Stratégie canadienne sur le tabac. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2018. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada/apercu-strategie-canadienne-tabac.html

https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.06f

Appel ouvert à contributions : pandémie de COVID-19

Avec un processus de publication rapide

Diffuser cet article sur Twitter

Appel spécial aux pairs évaluateurs

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

Les sujets incluent, sans s'y limiter :

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

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

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

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

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

De nombreux thèmes sont pertinents dans ce domaine, notamment :

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

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

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

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

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

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

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

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

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2020.

Auger N, Therrien A, Bilodeau-Bertrand M, **Nelson C**, Arbour L. Coeliac disease and risk of birth defects in pregnancy. Gut. 2020. doi:10.1136/gutjnl-2020-322425.

Fluke JD, **Tonmyr L**, Gray J, et al. Child maltreatment data: a summary of progress, prospects and challenges. Child Abuse Negl. 2020:104650. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104650.

Hoffmann MD, **Lang JJ**, Guerrero MD, […] **Orpana HM**, **de Groh M**. Évaluation des propriétés psychométriques du questionnaire sur les points forts et les difficultés évalués par les parents dans un échantillon d'enfants et d'adolescents canadiens âgés de 6 à 17 ans représentatif à l'échelle nationale. Rapports sur la santé. 2020;31(8):14-21. doi:10.25318/82-003-x202000800002-fra.

McVea DA, **Cumming E**, Rahim T, Kosatsky T. A descriptive analysis of blood mercury test results in British Columbia to identify excessive exposures. Can J Public Health. 2020. doi:10.17269/s41997-020-00340-3.

Nah K, Chen S, Xiao Y, […] **Ogden NH**, et al. Scenario tree and adaptive decision making on optimal type and timing for intervention and social-economic activity changes to manage the COVID-19 pandemic. Eur J Pure Appl Math. 2020;13(3):710-729. doi:10.29020/nybg.ejpam.v13i3.3792.

Williams GC, Burns KE, Battista K, **de Groh M**, **Jiang Y**, Leatherdale ST. High school sport participation and substance use: a cross-sectional analysis of students from the COMPASS study. Addict Behav Rep. 2020;12:100298. doi:10.1016/j.abrep.2020.100298.