Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 42 · numéro 7 · juillet 2022

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

297 Surveillance sentinelle des blessures et des intoxications liées à la consommation de cocaïne et d'autres substances : résultats du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT)

Recherche originale par méthodes mixtes

307 Expériences, besoins en services et répercussions des processus de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) chez les travailleurs blessés et malades : données probantes de la ville et du district de Thunder Bay (Ontario, Canada)

325 « Je vois de la beauté, je vois de l'art, je vois de l'intention, je vois de l'amour. » Résultats d'un programme de jardinage de conception collaborative à l'intention des résidents d'un établissement de soins de longue durée

Aperçu

340 Le point sur les tendances de l'incidence du cancer au Canada (1984-2017)

Annonce

346 Autres publications de l'ASPC

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

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Marie DesMeules, M. Sc.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

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

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

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

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Emploi et Développement social Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

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

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Leonard Jack, Jr, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

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

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

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

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

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

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

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

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

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

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2022

ISSN 2368-7398
Pub. 210492
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.42.7.01f

Recherche quantitative originale

Surveillance sentinelle des blessures et des intoxications liées à la consommation de cocaïne et d'autres substances : résultats du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT)

Ithayavani Iynkkaran, Ph. D. (1); Sarah Zutrauen, B. Sc. S. (1); Sofiia Desiateryk, B. Sc. (1); Ze Wang, B. Sc. (1); Lina Ghandour, M. Sc. (2); Steven R. McFaull, M. Sc. (3); André Champagne, M.S.P. (3); James Cheesman (3); Minh T. Do, Ph. D. (1,2,4)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Si la consommation de cocaïne est à l'origine de nombreuses blessures et intoxications, seul un nombre limité d'études a porté sur les blessures liées à la cocaïne. Cette étude a permis d'analyser un large éventail de blessures et d'intoxications liées à la consommation de cocaïne seule et en combinaison avec d'autres substances au Canada, à l'aide des données de surveillance sentinelle saisies dans la plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (eSCHIRPT).

Méthodologie. Nous avons extrait les dossiers correspondant aux blessures et aux intoxications liées à la consommation de cocaïne, seule ou en combinaison avec d'autres substances, saisis dans la base de données de l'eSCHIRPT entre janvier 2012 et décembre 2019 pour tous les groupes d'âge. Nous avons effectué des analyses descriptives afin d'obtenir la répartition des caractéristiques des patients et des blessures au sein des dossiers mentionnant des intoxications et des blessures liées à la consommation de cocaïne seule ou en combinaison avec d'autres substances. Nous avons réalisé des analyses statistiques afin de déterminer la proportion de blessures liées à la cocaïne pour 100 000 dossiers consignés dans l'eSCHIRPT. Nous avons évalué les tendances relatives aux blessures liées à la cocaïne en utilisant la variation annuelle en pourcentage (VAP).

Résultats. Des blessures et des intoxications liées à la cocaïne ont été signalées dans 123 dossiers pour 100 000 dossiers consignés dans l'eSCHIRPT. Des 1 482 patients qui se sont présentés aux urgences des établissements participant au SCHIRPT en lien avec ce type de blessure ou d'intoxication, la majorité avaient consommé de la cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances (80,0 %; n = 1 186) plutôt que de la cocaïne seule (20,0 %; n = 296). Sur l'ensemble des dossiers associés à la cocaïne, l'intoxication était le diagnostic le plus fréquent (62,7 %; n = 930) et la plupart des blessures et des intoxications étaient non intentionnelles (73,5 %; n = 1 090). Globalement, les déclarations d'incidents relatifs à la cocaïne ont connu une hausse dans l'eSCHIRPT pour tous les groupes d'âge (VAP [total] = 47,8 %, $p < 0{,}05$) au cours de la période à l'étude (2012-2019).

Suite du résumé à la page suivante

Points saillants

- Il y a eu 123 dossiers associés à des blessures et intoxications liées à la cocaïne pour 100 000 dossiers consignés dans la base de données de l'eSCHIRPT pour janvier 2012 à décembre 2019, tous groupes d'âge confondus.
- La majorité des blessures et des intoxications se sont produites lorsque la cocaïne était utilisée en combinaison avec une ou plusieurs autres substances (80,0 %; n = 1 186).
- La proportion de blessures et d'intoxications liées à la cocaïne était généralement plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans la plupart des groupes d'âge, sauf pour les femmes de moins de 19 ans, qui affichaient une proportion légèrement supérieure à celle des hommes du même groupe d'âge.
- On observe une tendance générale à la hausse des déclarations d'incidents relatifs à la cocaïne au cours de la période à l'étude (2012-2019) pour tous les groupes d'âge (VAP [total] = 47,8 %, $p < 0{,}05$).
- L'intoxication constituait le diagnostic le plus fréquent de l'ensemble des dossiers associés à la cocaïne (62,7 %; n = 930).

Rattachement des auteurs :

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

Correspondance : Minh T. Do, Département des sciences de la santé, Université Carleton, 2305, édifice des sciences de la santé, 1125, promenade du Colonel-By, Ottawa (Ontario) K1S 5B6; tél. : 613-901-9632; courriel : minh.do@carleton.ca

Conclusion. La proportion plus importante de blessures et d'intoxications liées à la cocaïne chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que la consommation simultanée de cocaïne et d'autres substances révélées par notre étude témoignent de l'importance de procéder à une surveillance exhaustive des blessures et des intoxications liées à la cocaïne ainsi qu'à des interventions de santé publique fondées sur des données probantes.

Mots-clés : *cocaïne, blessures et intoxications liées à la cocaïne, consommation simultanée, service des urgences, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes*

Introduction

Au Canada, comme dans de nombreuses régions du monde, la consommation de sustances et la dépendance constituent d'importants problèmes de santé publique. Le rapport *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)* indique qu'en 2017, la consommation de substances a coûté environ 46 milliards de dollars à la population canadienne, directement et indirectement, et a entraîné 275 000 hospitalisations et près de 75 000 décès[1]. Selon le gouvernement du Canada, les substances psychoactives (comme l'alcool, le tabac, les médicaments sur ordonnance et le cannabis) sont les plus couramment utilisées par les Canadiens alors que d'autres substances psychoactives qui sont illicites (comme la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy et la méthamphétamine) sont utilisées par relativement moins de Canadiens à un moment ou à un autre de leur vie[2].

La cocaïne est assujettie à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* du Canada[3]. La peine criminelle pour possession de cocaïne peut aller jusqu'à sept ans d'emprisonnement, tandis que la production et le trafic sont passibles d'emprisonnement à vie. Malgré ces mesures réglementaires, le Canada se classe deuxième au monde pour ce qui est du nombre médian de jours de consommation de cocaïne parmi les individus ayant déclaré une consommation de cocaïne au cours des 12 derniers mois, selon l'enquête Global Drug Survey 2019[4]. De plus, l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2017 a révélé qu'environ 2 % de la population canadienne consommait de la cocaïne, comparativement à 1 % en 2015[5,6]. L'ECTAD a révélé que la cocaïne était la troisième substance la plus consommée après l'alcool et le cannabis (en dehors du tabac) chez les 19 ans et plus[5-7]. De plus, selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE), environ 2,2 % des élèves de la 7e à la 12e année (secondaire 1 à 5 au Québec) ont déclaré avoir consommé de la cocaïne en 2018-2019 et, parmi ces élèves, ce sont ceux de la 10e à la 12e année qui ont fait état de la consommation la plus élevée (3,4 %)[8].

La cocaïne, un neurostimulant puissant aux propriétés addictives, est issu des feuilles de coca. Il s'agit d'une drogue de rue populaire aussi connue sous le nom de « coke », « poudre », « crack », « neige » et « Charlie », entre autres[9]. Les personnes qui font l'usage de cocaïne peuvent la consommer en l'inhalant directement par le nez, en la frottant sur leurs gencives, en s'injectant la substance dissoute dans l'eau ou en la fumant. La consommation de cocaïne augmente l'énergie et la vigilance, réduit l'appétit, cause de l'insomnie et génère une euphorie intense[10]. Des données indiquent que la consommation de cocaïne pose des risques à court et à long terme pour la santé de plusieurs organes, en particulier le cerveau, le cœur, les poumons, le foie et les reins[11]. Une autre préoccupation majeure liée à la consommation de cocaïne tient au fait qu'elle peut, en tant que substance sympathomimétique et psychoactive, altérer les capacités cognitives et le jugement de la personne qui la consomme et, de ce fait, entraîner des blessures, mortelles ou non mortelles[12,13]. De plus, la consommation de cocaïne simultanément avec d'autres drogues est courante chez les consommateurs de drogues de rue[14]. Or la polyconsommation, par exemple la consommation de drogues illicites avec de l'alcool ou d'autres substances, peut être à l'origine de complications physiques, comportementales et sanitaires[15].

Jusqu'à présent, la recherche sur la cocaïne a porté essentiellement sur les décès par surdose ainsi que les traumatismes et les blessures mortelles impliquant la cocaïne. Les blessures et les intoxications associées à la consommation de cocaïne au sein de la population canadienne n'en ont pas pour autant été bien étudiées. Compte tenu de l'augmentation rapide des méfaits associés à la consommation de cocaïne au Canada[1] et du faible nombre d'études portant sur les blessures liées à cette substance, notre étude visait à analyser les diverses intoxications et blessures liées à la consommation de cocaïne et d'autres substances au sein de la population canadienne, à l'aide des données de surveillance sentinelle saisies de janvier 2012 à décembre 2019 dans l'eSCHIRPT.

Méthodologie

Source des données

L'eSCHIRPT est un système de surveillance sentinelle des blessures et des intoxications qui recueille et analyse les données sur les blessures et les intoxications des patients qui se rendent aux urgences de 11 hôpitaux pédiatriques et de 9 hôpitaux généraux du Canada[16]. Lors de la visite aux urgences d'un hôpital participant au SCHIRPT, on demande à la personne blessée ou au proche qui l'accompagne de remplir un questionnaire sur les circonstances de la blessure[17]. Le médecin traitant ou un autre membre du personnel hospitalier ajoute ensuite les données cliniques sur la blessure. Les coordonnateurs du SCHIRPT au sein de l'établissement saisissent ces données dans la base de données Web sécurisée de l'eSCHIRPT. Les comptes rendus descriptifs fournis par les patients ou leurs proches au sujet de la blessure sont ensuite extraits par les codeurs de données de l'Agence de la santé publique du Canada. Nos recherches initiales dans la base de données de l'eSCHIRPT ont porté sur les blessures et les intoxications liées à la consommation de cocaïne survenues entre avril 2011 et juillet 2020 pour tous les âges.

Les dossiers associés à la cocaïne ont été identifiés au moyen de termes de recherche comme « cocaïne », « crack cocaine », « coke », « poudre », « free base », « crack », « neige » et « Charlie » dans la section d'identification de la substance et du compte rendu descriptif de la blessure ou de l'intoxication dans la base de données de l'eSCHIRPT. Ces résultats ont été confirmés manuellement. Au total, 1 629 blessures et intoxications liées à la cocaïne ont été consignées dans la base de données de l'eSCHIRPT entre avril 2011 et juillet 2020. Nous avons exclu les données des années 2011 et 2020 car elles étaient incomplètes. Le nombre de dossiers associés à la cocaïne a été ainsi réduit à 1 482, soit 123,1 dossiers pour 100 000 dossiers consignés dans l'eSCHIRPT.

Les blessures associées à la consommation de cocaïne ont été réparties en deux catégories en fonction des substances indiquées, du diagnostic et de l'analyse manuelle du compte rendu descriptif : cocaïne seule ou bien cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances[18]. Afin de repérer les combinaisons potentielles de drogues, plusieurs sous-catégories ont été appliquées aux incidents impliquant la cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances : cocaïne et alcool, cocaïne et cannabis, cocaïne et autres drogues illicites, cocaïne et médicaments (en vente libre ou sur ordonnance) et enfin cocaïne et substances mixtes (à savoir plusieurs substances de différentes catégories).

Pour explorer les caractéristiques se rapportant au lieu, les incidents consignés ont été répartis en utilisant deux classifications : rural ou urbain d'une part et intérieur ou extérieur d'autre part. Si la consommation de substances a souvent été perçue comme un phénomène qui se produit lors de fêtes, dans des lieux récréatifs ou à l'extérieur, des enquêtes ont révélé qu'elle avait le plus souvent lieu au domicile de la personne ou au domicile d'une autre personne. C'est pour mieux étudier cette variable (lieu précis où est survenue la blessure) que nous avons formulé ces sous-catégories de lieu (intérieur/extérieur).

Analyses statistiques

Nous avons effectué diverses analyses descriptives pour rendre compte de la répartition des caractéristiques des patients et des blessures (sexe, âge, lieu [rural ou urbain, intérieur ou extérieur], nature de la blessure, intentionnalité et suivi) provenant des données associées aux intoxications et aux blessures impliquant la cocaïne et d'autres substances. Nous avons produit des distributions de fréquences, en valeurs absolues et en pourcentages, et nous avons présenté les données globalement ainsi que stratifiées selon la consommation de cocaïne seule et celle de la consommation de substances associées à la cocaïne. Nous avons calculé les proportions pour 100 000 dossiers consignés dans l'eSCHIRPT en distinguant les dossiers associés à la cocaïne de l'ensemble des autres dossiers présents dans la base de données. Nous avons effectué les analyses statistiques à l'aide de Microsoft Excel 2010 et de la version 4.8.0.1 du logiciel de régression Joinpoint[19]. Nous avons effectué les analyses des tendances temporelles à l'aide du logiciel Joinpoint pour la période à l'étude (janvier 2012 à décembre 2019) en fonction du sexe et du groupe d'âge (15 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 ans et plus et tous les groupes d'âge réunis), pour toutes les blessures liées à la cocaïne et celles liées à la cocaïne seule. Le groupe des moins de 15 ans a été exclu des analyses des tendances temporelles en raison des faibles effectifs. Nous avons calculé la variation annuelle en pourcentage (VAP) et les valeurs p afin de décrire les tendances au fil du temps et nous avons considéré les segments de VAP comme significativement différents de zéro au seuil $\alpha = 0{,}05$.

Résultats

Le tableau 1 présente les caractéristiques des patients et des blessures liées à la cocaïne pour 2012 à 2019. La majorité des 1 482 dossiers associés à la cocaïne concernait la consommation de cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs autres substances (80,0 %; n = 1 186) et 20,0 % des dossiers (n = 296) concernaient la cocaïne seule. La majorité des cas consignés concernaient des hommes tant pour la consommation de cocaïne seule que pour celle de cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances (respectivement 67,5 % et 62,5 %). Le nombre de déclarations de blessures et d'intoxications était le plus élevé chez les 30 à 39 ans (24,7 %, n = 73) en ce qui concerne la consommation de cocaïne seule et chez les 20 à 29 ans (32,6 %, n = 386) pour la consommation de cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs autres substances. Après stratification selon le sexe et l'âge pour le calcul du nombre de dossiers pour 100 000 dossiers consignés dans l'eSCHIRPT, les hommes représentaient une part supérieure de l'ensemble des dossiers associés à la cocaïne dans la plupart des groupes d'âge, sauf chez les moins de 15 ans et chez les 15 à 19 ans. Dans ces groupes, les valeurs observées chez les femmes dépassaient les valeurs observées chez les hommes (respectivement 11,3 et 267,1 dossiers pour 100 000 chez les femmes contre 5,6 et 158,7 dossiers pour 100 000 chez les hommes; figure 1).

Les incidents impliquant la cocaïne seule offraient une répartition similaire à celle des incidents concernant la cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances dans les milieux ruraux (9,5 % et 10,8 %) et dans les milieux urbains (85,8 % et 85,7 %). On a relevé 483 incidents liés à la consommation de cocaïne s'étant produits à l'intérieur, dont la plus grande proportion s'est produite au domicile du patient (n = 188). À l'inverse, les blessures liées à la cocaïne s'étant produites à l'extérieur (n = 389) ont souvent eu lieu dans une rue, sur une autoroute ou sur une voie publique (n = 147; tableau 1).

L'intoxication (62,7 %) était la nature de blessure la plus souvent indiquée dans l'ensemble des dossiers associés à la cocaïne, suivie des plaies externes (8,7 %), des fractures, entorses ou foulures (7,0 %), des lésions cérébrales (4,1 %) et des autres blessures (2,4 %; tableau 1). En ce qui concerne l'intentionnalité, les blessures non intentionnelles étaient les plus fréquentes (73,5 %), devant les blessures auto-infligées (18,5 %). La plupart des patients sont demeurés en observation à l'urgence avec suivi en cas de besoin (43,1 %, n = 638), tandis que 199 patients (13,4 %) ont été hospitalisés pour le traitement de leur blessure, principalement des hommes (n = 139) et des patients de 20 à 29 ans (n = 65; tableau 1). Par ailleurs, 45 patients (3,0 %) ont été hospitalisés pour d'autres motifs que le traitement de cette blessure.

Comme l'illustre la figure 2, les patients avaient principalement consommé de la cocaïne avec des substances mixtes (donc plus d'une substance parmi l'alcool, le cannabis, les drogues illicites et les médicaments; n = 457) ou de la cocaïne avec de l'alcool (n = 417). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes dans toutes les catégories de substances (figure 2).

La figure 3 illustre les tendances temporelles des blessures et des intoxications liées à la cocaïne, selon le sexe, entre janvier 2012 et décembre 2019. Chez les hommes, il y a eu une légère baisse entre 2012 et 2013 et entre 2014 et 2015, puis une tendance à la hausse entre 2015 et 2019. Le logiciel d'analyse Joinpoint n'a révélé aucun point d'inflexion significatif, avec une tendance globale chez les hommes correspondant à une VAP à la hausse de 49,1 % ($p < 0{,}05$). Chez les femmes, le logiciel d'analyse Joinpoint a mis en évidence une tendance à la baisse entre 2012 et 2014 (VAP = −20,3 %, $p > 0{,}05$) et une tendance à la hausse entre 2014 et 2019 (VAP = 64,3 %, $p < 0{,}05$). Un point

TABLEAU 1
Répartition des caractéristiques relatives aux blessures liées à la cocaïne, selon les dossiers de l'eSCHIRPT, janvier 2012 à décembre 2019

Caractéristiques	Ensemble des dossiers n (%)	Cocaïne seule n (%)	Cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances[a] n (%)
Total	1 482 (100,0)	296 (20,0)	1 186 (80,0)
Sexe			
Hommes	941 (63,5)	200 (67,5)	741 (62,5)
Femmes	541 (36,5)	96 (32,5)	445 (37,5)
Groupe d'âge (ans)			
Moins de 10	15 (1,0)	5 (1,7)	10 (0,8)
10 à 14	51 (3,4)	6 (2,1)	45 (3,8)
15 à 19	294 (19,8)	37 (12,5)	257 (21,7)
20 à 29	457 (30,8)	71 (24,0)	386 (32,6)
30 à 39	334 (22,5)	73 (24,7)	261 (22,0)
40 à 49	179 (12,1)	60 (20,3)	119 (10,0)
50 et plus	152 (10,3)	44 (14,9)	108 (9,1)
Lieu – urbain/rural[b]			
Urbain	1 271 (85,8)	254 (85,8)	1 017 (85,7)
Rural	156 (10,5)	28 (9,5)	128 (10,8)
Lieu – intérieur/extérieur			
Lieux intérieurs[c]	483 (32,6)	93 (31,4)	390 (32,9)
Domicile de la personne	188 (12,7)	35 (11,8)	153 (13,0)
Domicile d'une autre personne	118 (8,0)	23 (7,8)	95 (8,0)
Autre	68 (4,6)	11 (3,7)	57 (4,8)
Lieux extérieurs[d]	389 (26,3)	67 (22,6)	322 (27,3)
Rue, autoroute ou voie publique	147 (9,9)	23 (7,8)	124 (10,5)
Transport en commun ou véhicule	105 (7,1)	27 (9,1)	78 (6,6)
Parc public	20 (1,4)	1 (0,3)	19 (1,6)
Résidentiel	37 (2,6)	4 (1,4)	33 (2,8)
Nature de la blessure[e]			
Intoxication	930 (62,7)	149 (50,3)	781 (65,8)
Plaie externe	129 (8,7)	23 (7,8)	106 (8,9)
Fracture, entorse ou foulure	104 (7,0)	26 (8,8)	78 (6,6)
Lésion traumatique cérébrale	61 (4,1)	12 (4,1)	49 (4,1)
Autres blessures[f]	35 (2,4)	5 (1,7)	30 (2,5)
Intentionnalité			
Blessures non intentionnelles	1 090 (73,5)	233 (78,7)	857 (72,3)
Blessures auto-infligées	274 (18,5)	42 (14,2)	232 (19,6)
Agression physique	79 (5,3)	14 (4,7)	65 (5,5)
Agression sexuelle	17 (1,2)	1 (0,3)	16 (1,4)
Maltraitance	17 (1,2)	2 (0,7)	15 (1,3)
Implication du PIU	5 (0,3)	4 (1,4)	1 (0,1)

Suite à la page suivante

d'inflexion significatif est survenu en 2014 chez les femmes (figure 3).

La figure 4 illustre les tendances qu'ont suivi les blessures et intoxications liées à la cocaïne par groupe d'âge entre 2012 et 2019. Globalement, on a assisté entre 2012 et 2019 à une hausse des déclarations d'incidents relatifs à la cocaïne dans l'eSCHIRPT pour tous les groupes d'âge réunis (VAP = 47,8 %, $p < 0,05$). Chez les 15 à 19 ans, la proportion d'incidents liés à la cocaïne a augmenté, légèrement entre 2012 et 2016 (VAP = 6,8 %, $p > 0,05$) puis considérablement entre 2016 et 2019 (VAP = 44,5 %, $p < 0,05$). On a pu observer une croissance constante chez les 20 à 29 ans et chez le 30 ans et plus entre 2012 et 2019 (respectivement VAP = 39,6 %, $p < 0,05$ et VAP = 41,7 %, $p < 0,05$).

La figure 5 illustre les tendances observées en ce qui touche la proportion de blessures et d'intoxications impliquant la consommation de cocaïne seule, par groupe d'âge, entre 2012 et 2019. Pendant la période à l'étude, aucun point d'inflexion significatif n'a été relevé chez les 15 à 19 ans, chez les 30 ans et plus et pour tous les groupes d'âge réunis et la tendance est demeurée à la hausse (15 à 19 ans : VAP = 16,7 %, $p > 0,05$; 30 ans et plus : VAP = 37,7 %, $p < 0,05$; tous les groupes d'âge réunis : VAP = 46,2 %, $p < 0,05$). La VAP pour le groupe des 20 à 29 ans n'a pas pu être estimée en raison d'un effectif insuffisant de blessures et d'intoxications liées à la cocaïne pour certaines années.

En analysant la nature des blessures et des intoxications liées à la cocaïne, nous avons constaté des différences dans la nature de la blessure en fonction du groupe d'âge. L'intoxication arrivait au premier rang dans tous les groupes d'âge (figure 6A). Les plaies externes étaient au deuxième rang chez les 15 à 19 ans (9 %) et chez les 20 à 29 ans (15 %), et au troisième rang chez les 30 ans et plus (9 %). Les fractures, entorses ou foulures se classaient au troisième rang chez les 15 à 19 ans (4 %) et chez les 20 à 29 ans (10 %) et au deuxième rang chez les 30 ans et plus (10 %; figure 6A). On a observé également des différences selon le groupe d'âge dans l'intentionnalité des blessures liées à la cocaïne. Les blessures non intentionnelles se classaient au premier rang, suivies des blessures auto-infligées et des agressions physiques, dans

TABLEAU 1 (suite)
Répartition des caractéristiques relatives aux blessures liées à la cocaïne, selon les dossiers de l'eSCHIRPT, janvier 2012 à décembre 2019

Caractéristiques	Ensemble des dossiers n (%)	Cocaïne seule n (%)	Cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances[a] n (%)
Suivi			
A quitté sans avoir été examiné par un médecin	47 (3,2)	20 (6,8)	27 (2,3)
Conseils seulement, tests de diagnostic, aiguillage vers un omnipraticien (aucun traitement à l'urgence)	111 (7,5)	27 (9,1)	84 (7,1)
Traitement à l'urgence, suivi au besoin	239 (16,1)	63 (21,3)	176 (14,8)
Observation à l'urgence, suivi au besoin	638 (43,1)	102 (34,5)	536 (45,2)
Observation à l'urgence, suivi nécessaire	88 (5,9)	20 (6,8)	68 (5,7)
Traitement à l'urgence, suivi nécessaire, aiguillage en vue du traitement de la blessure	107 (7,2)	12 (4,1)	95 (8,0)
Hospitalisation pour le traitement de la blessure	199 (13,4)	38 (12,8)	161 (13,6)
Hospitalisation pour un autre motif que le traitement de la blessure	45 (3,0)	11 (3,7)	34 (2,9)

Abréviations : eSCHIRPT, plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes; PIU, personnel d'intervention d'urgence.

Remarque : En ce qui concerne les blessures et les intoxications chez les enfants de moins d'un an, l'enfant a vraisemblablement été exposé à la cocaïne lors de l'allaitement ou pendant la grossesse.

[a] Ces substances sont l'alcool, le cannabis, d'autres drogues illicites et les médicaments.

[b] Dans certains cas, les données concernant le lieu étant manquantes ou inconnues, les résultats ne totalisent pas 100 %.

[c] La sous-catégorie des lieux intérieurs non précisés n'a pas été présentée; les résultats ne totalisent pas 100 %.

[d] Les autres sous-catégories de lieux extérieurs n'ont pas été présentées en raison du faible nombre de cas; les résultats ne totalisent pas 100 %.

[e] Cette section comprend également les catégories « non précisé » et « aucune blessure détectée »; les résultats ne totalisent pas 100 %.

[f] Blessures qu'un médecin clinicien considérerait comme internes.

tous les groupes d'âge, sauf dans le groupe des 15 à 19 ans (figure 6B).

Analyse

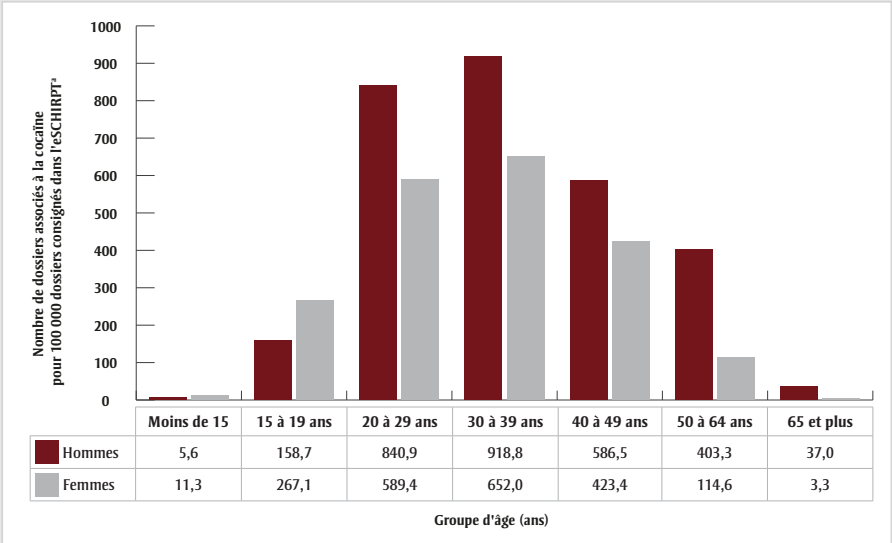
Notre étude a révélé qu'un nombre considérable et croissant de blessures et d'intoxications liées à la cocaïne avaient été recensées chez les patients s'étant présentés aux urgences des hôpitaux participant au SCHIRPT entre janvier 2012 et décembre 2019. L'adolescence est une période propice à l'expérimentation de la consommation de substances chez de nombreux jeunes[20]. Des recherches ont montré qu'il s'agit d'une période charnière en ce qui concerne le début de la consommation de substances, chez les jeunes adolescents (de 12 à 14 ans) comme chez les plus âgés (de 15 à 17 ans), et que la consommation de substances atteint généralement son maximum au début de l'âge adulte[20]. Nous avons observé des tendances comparables à celles décrites par des recherches antérieures[20], notamment une proportion plus élevée de blessures et d'intoxications liées à la cocaïne chez les jeunes adultes (de 20 à 29 ans) que chez les adultes plus âgés. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les substances psychoactives affectent davantage le cerveau en développement[21]. Les adolescents peuvent être confrontés à des difficultés pendant leur développement, jusqu'au début de l'âge adulte, et se tourner vers la consommation de substances pour composer avec les situations difficiles[22]. Nos constatations illustrent l'importance d'une surveillance continue des méfaits liés aux substances, en particulier chez les jeunes et les jeunes adultes.

Cette étude a également révélé que les blessures et les intoxications liées à la cocaïne étaient généralement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, ce qui est conforme aux résultats de l'ECTAD selon lesquels la consommation de cocaïne était plus répandue parmi les hommes que parmi les femmes en 2017[6]. Toutefois, notre étude a révélé que la proportion de blessures et d'intoxications liées à la cocaïne était légèrement plus élevée chez les femmes de moins de 19 ans que chez les hommes. Une autre constatation clé de notre étude porte sur le lieu le plus courant où se sont produites les blessures : en analysant la répartition des blessures survenues à l'intérieur, nous avons constaté que les blessures et intoxications liées à la cocaïne se sont produites en plus grande proportion au domicile du patient ou, dans une moindre mesure, chez une autre personne. Ces résultats rejoignent les données d'une enquête auprès des ménages réalisée en 2001 pour la Stratégie nationale antidrogue de l'Australie, dans laquelle les participants ont déclaré qu'ils consommaient habituellement de la cocaïne chez eux ou chez un ami[23].

Les personnes qui consomment de la cocaïne la combinent souvent avec d'autres substances, en particulier avec de l'alcool ou avec des substances psychoactives qui modifient les effets psychologiques de la cocaïne ou réduisent ses effets secondaires désagréables[24]. Or la consommation de cocaïne avec d'autres substances présente des risques pour la santé beaucoup plus importants que la prise de cocaïne seule, car elle augmente la toxicité de la cocaïne et le risque de surdose mortelle[15]. Une étude menée en Suisse sur les problèmes de santé graves liés à la cocaïne chez les patients s'étant présentés à un service des urgences en milieu urbain a révélé qu'une faible proportion de patients (16 %) consommaient de la cocaïne seule, la plupart (84 %) consommant de la cocaïne avec au moins une autre substance comme de l'alcool, des drogues illicites ou du cannabis[25]. De même, un rapport technique sur les conséquences sanitaires urgentes de la consommation de cocaïne en Europe a révélé que l'alcool est la substance la plus souvent ingérée avec la cocaïne, suivi des médicaments psychoactifs[26].

À l'instar de ces études, nous avons observé que, sur l'ensemble des dossiers de l'eSCHIRPT associés à la cocaïne, 20 %

FIGURE 1
Répartition normalisée de l'ensemble des blessures et intoxications liées à la cocaïne, par sexe et groupe d'âge, selon les dossiers de l'eSCHIRPT, janvier 2012 à décembre 2019



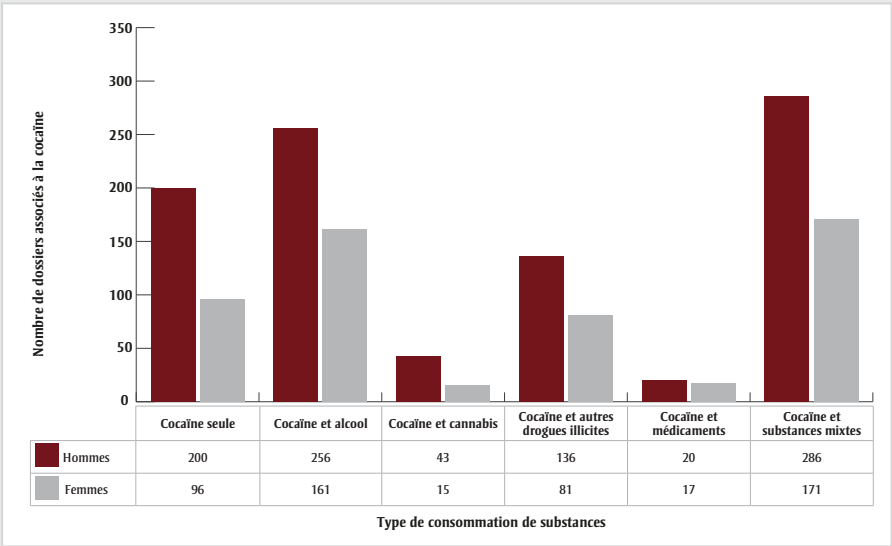
Abréviation : eSCHIRPT, plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

[a] Le résultat est exprimé en proportion des dossiers consignés dans l'eSCHIRPT pour chaque groupe d'âge (pour 100 000).

concernaient la consommation de cocaïne seule et 80 % la consommation de cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs autres substances. De plus, les types de substances associés dans notre étude au plus grand nombre de blessures et d'intoxications étaient la cocaïne en combinaison avec des substances mixtes (cocaïne et plus d'une autre substance), suivie de la cocaïne combinée avec l'alcool.

La cocaïne étant une substance psychoactive ayant des effets neurocomportementaux connus comme l'irritabilité, la colère et l'agressivité, d'après certaines

FIGURE 2
Répartition des blessures et intoxications liées à la consommation de cocaïne seule et de cocaïne en combinaison avec une ou plusieurs substances, par sexe, selon les dossiers de l'eSCHIRPT, janvier 2012 à décembre 2019



Abréviation : eSCHIRPT, plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

Remarque : « Substances mixtes » indique que d'autres substances relevant de plus d'une autre catégorie ont été consommées avec la cocaïne.

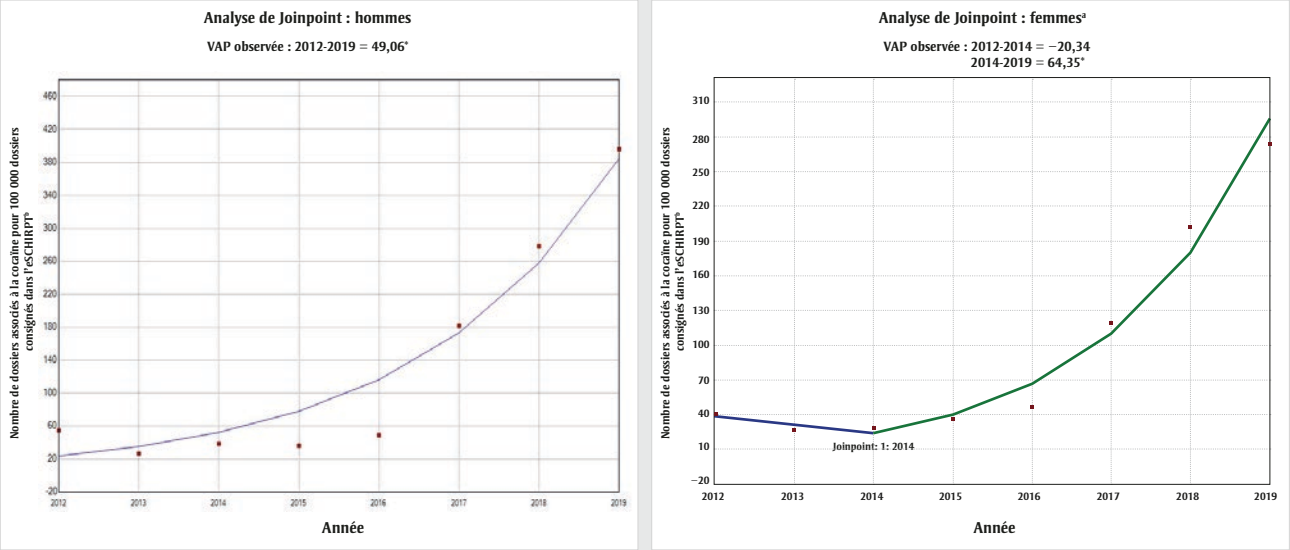
études, les personnes qui consomment de la cocaïne seraient plus susceptibles d'être impliquées dans des blessures liées à des actes de violence et d'agression[27,28]. Notre étude a montré qu'environ 25 % des patients s'étant présentés au service des urgences avec une blessure ou une intoxication liée à la consommation de cocaïne y étaient en raison de blessures auto-infligées (18,5 %), d'agression physique (5,3 %) et d'agression sexuelle (1,2 %). Bien que la majorité des blessures visées par cette étude aient été non intentionnelles et dues à une intoxication, on sait que la consommation aiguë d'alcool et de cocaïne est associée à des tentatives de suicide et à des blessures mortelles[29,30]. Notre étude montre l'importance d'une surveillance continue des méfaits liés aux substances, incluant ceux impliquant la consommation de cocaïne, pour aider à prévenir l'incidence croissante des cas d'urgence liés aux substances.

Points forts et limites

Le principal point fort de notre étude est l'utilisation de la base de données de l'eSCHIRPT comme source de données. L'eSCHIRPT est un système de surveillance sentinelle fiable et bien établi, qui recueille des données cliniques détaillées auprès du service des urgences de 20 hôpitaux canadiens et qui englobe un large éventail de blessures et d'intoxications associées à la consommation de cocaïne et d'autres substances.

Toutefois, notre étude comporte aussi certaines limites. La consommation de substances a pu être sous-déclarée en raison de la stigmatisation associée à la nature du sujet. De plus, la majorité des hôpitaux participant au SCHIRPT étant des hôpitaux pédiatriques, certains groupes, comme les adolescents plus âgés et les adultes, sont vraisemblablement sous-représentés dans les données[17]. D'autre part, comme le programme de surveillance sentinelle de l'eSCHIRPT n'est en place que dans certains hôpitaux canadiens, le véritable fardeau des blessures liées à la cocaïne est peut-être sous-estimé. Une autre limite est que les données de l'eSCHIRPT ne saisissent pas la plupart des incidents mortels ni ceux de faible gravité, qui sont traités ailleurs, que ce soit dans les cliniques, les centres d'injection supervisée ou les hôpitaux ne participant pas au SCHIRPT. En outre, malgré une couverture des données de huit ans (2012-2019), l'analyse des tendances (VAP) pour certaines strates a été

FIGURE 3
Tendances temporelles des blessures et intoxications liées à la cocaïne, par sexe, selon les dossiers de l'eSCHIRPT, janvier 2012 à décembre 2019



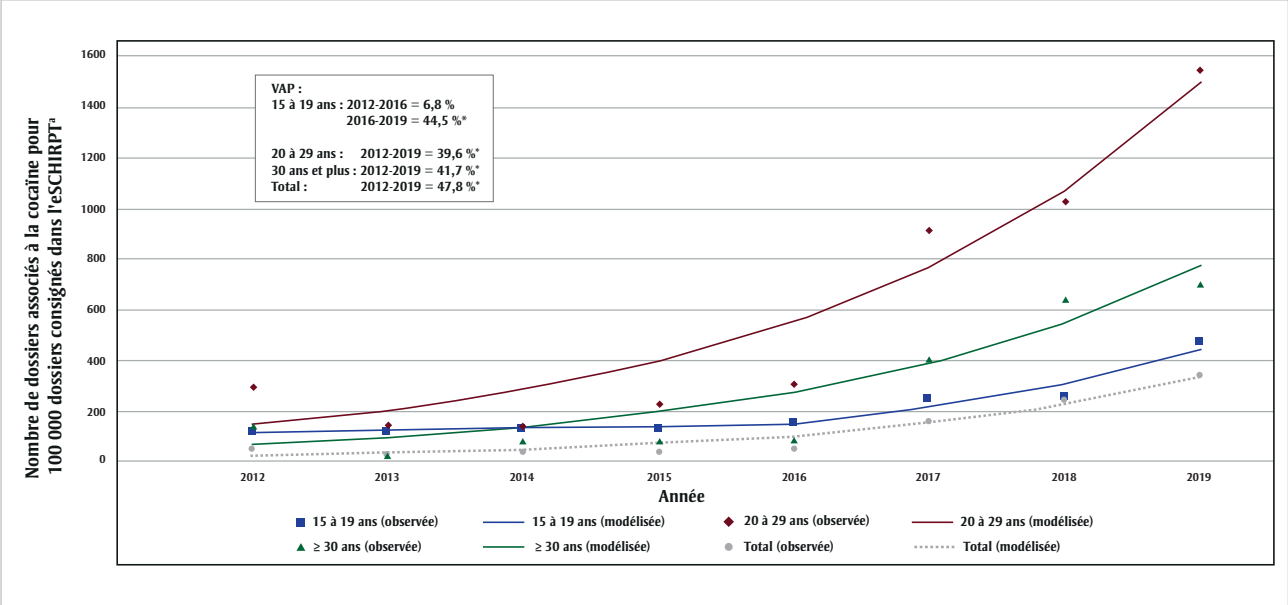
Abréviations : VAP, variation annuelle en pourcentage; eSCHIRPT, plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

[a] Les graphiques Joinpoint témoignent d'un point d'inflexion en 2014 pour les femmes.

[b] Le résultat est exprimé en proportion des dossiers consignés dans l'eSCHIRPT pour une année donnée (pour 100 000).

* Le résultat indique que la VAP diffère significativement de zéro au seuil α = 0,05.

FIGURE 4
Tendances temporelles pour l'ensemble des blessures et intoxications liées à la cocaïne, par groupe d'âge, selon les dossiers de l'eSCHIRPT, janvier 2012 à décembre 2019

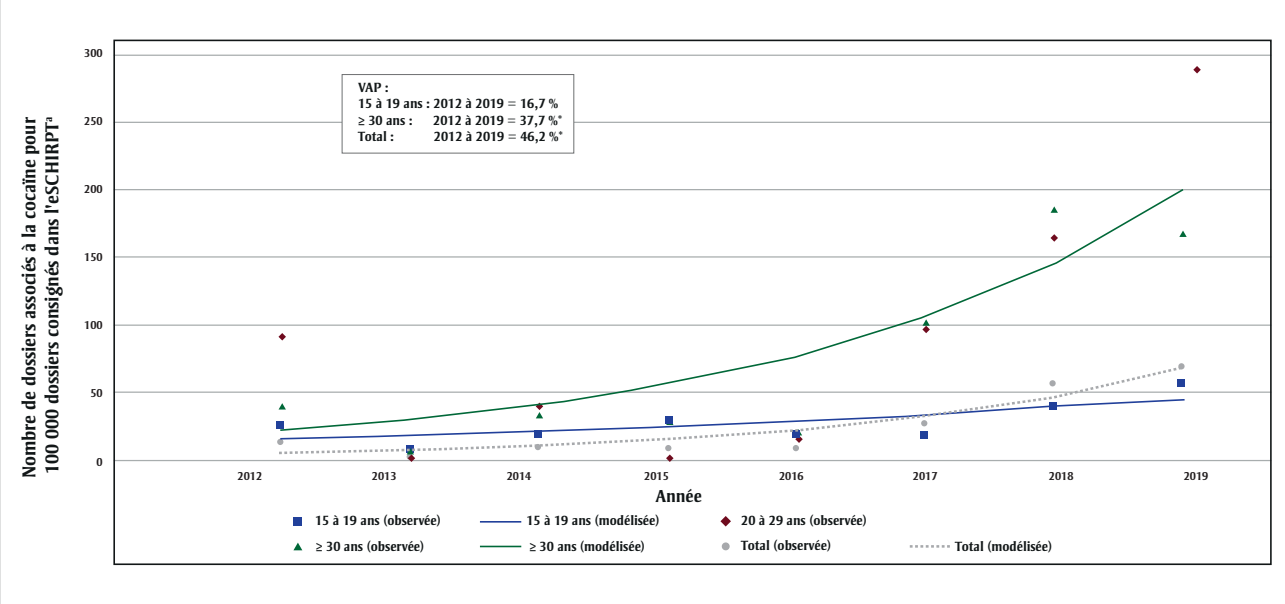


Abréviations : VAP, variation annuelle en pourcentage; eSCHIRPT, plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

[a] Le résultat est exprimé en proportion des dossiers consignés dans l'eSCHIRPT pour une année donnée (pour 100 000).

* Le résultat indique que la VAP diffère significativement de zéro au seuil α = 0,05.

FIGURE 5
Tendances temporelles des blessures et intoxications liées à la consommation de cocaïne seule, par groupe d'âge, selon les dossiers de l'eSCHIRPT, janvier 2012 à décembre 2019



Abréviations : eSCHIRPT, plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes; VAP, variation annuelle en pourcentage.

Remarque : La VAP pour le groupe des 20 à 29 ans n'a pu être estimée en raison du nombre insuffisant de blessures et d'intoxications liées à la consommation de cocaïne seule au cours de certaines années.

[a] Le résultat est exprimé en proportion des dossiers consignés dans l'eSCHIRPT pour une année donnée (sur 100 000).

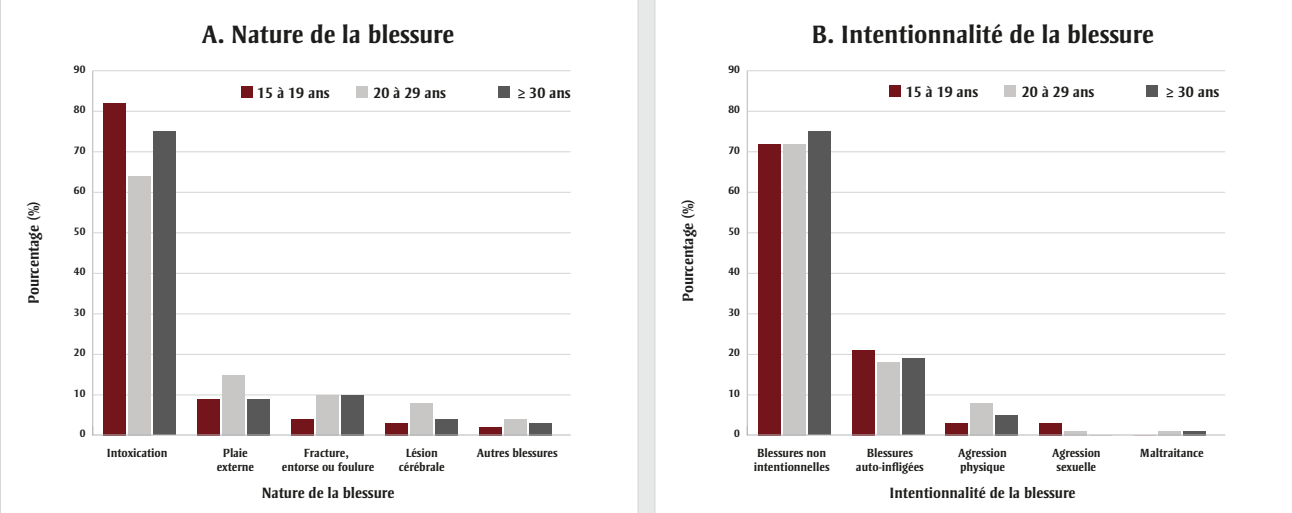
* Le résultat indique que la VAP diffère significativement de zéro au seuil $\alpha = 0{,}05$.

limitée par la petite taille des échantillons, comportant un risque de variations aléatoires. De futures études portant sur des échantillons de plus grande taille sont nécessaires pour améliorer la précision des estimations relatives aux tendances. Malgré ces limites, la base de données de l'eSCHIRPT est une source robuste de données sur les blessures et les intoxications associées à la consommation de cocaïne au Canada.

Conclusion

Cette étude fournit un aperçu descriptif des blessures et des intoxications liées à la cocaïne, incluant l'intentionnalité et la nature de ces blessures. La fréquence en

FIGURE 6
Répartition de la nature (A) et de l'intentionnalité (B) de la blessure pour l'ensemble des dossiers associés à la cocaïne de l'eSCHIRPT, par groupe d'âge, janvier 2012 à décembre 2019



Abréviation : eSCHIRPT, plateforme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

hausse de blessures et d'intoxications liées à la cocaïne que nous avons observée chez les adolescents et les jeunes adultes témoigne de la nécessité d'une surveillance continue. De plus, la majorité des blessures et des intoxications détaillées dans notre étude sont liées à la consommation simultanée de cocaïne et d'autres substances. Les recherches futures devraient donc viser à mieux comprendre le risque spécifique de blessures et d'intoxications associées à ce type de consommation. Enfin, étant donné que les données de 2020 et de 2021 n'ont pas été prises en compte dans notre étude, il serait bénéfique d'étudier plus à fond les répercussions potentielles de la pandémie de COVID-19 sur la consommation de substances.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

II, MTD, SZ, SD, ZW, LG, SRM, AC et JC ont participé à la conception et à la conceptualisation du projet. II a effectué une recherche documentaire et des analyses de données et a rédigé l'ébauche du manuscrit. SRM, AC et JC ont extrait les données de l'eSCHIRPT. Tous les auteurs ont contribué à la révision de l'article.

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

Références

1. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017). Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020.

2. Gouvernement du Canada. Le renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2018 [consultation en août 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/renforcement-approche-canada-egard-questions-liees-consommation-substances.html

3. Gouvernement du Canada. *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2020 [consultation en août 2020]. En ligne à : https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/page-13.html

4. Winstock AR, Barratt MJ, Maier LJ, et al. Global Drug Survey 2019: key findings report [Internet]. London (UK): Global Drug Survey; 2019 [consultation en sept. 2020]. En ligne à : https://issuu.com/globaldrugsurvey/docs/gds2019_key_findings_report_may_16_

5. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues : tableaux supplémentaires de 2015 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2016 [consultation en août 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/2015-tableaux-supplementaires.html

6. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues : tableaux détaillés de 2017 – Tableau 13 : Consommation de drogues illégales [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [consultation en août 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2017/tableaux-detailles-2017.html#t13

7. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Cocaïne (Sommaire canadien sur la drogue [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2019 [consultation en août 2020]. En ligne à : https://www.ccsa.ca/fr/cocaine-sommaire-canadien-sur-la-drogue

8. Santé Canada. Tableaux détaillés de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2020 [modification le 19 oct. 2020; consultation en juillet 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html

9. Gendarmerie royale du Canada (GRC). Drogues illégales – Tableau [Internet]. Ottawa (Ont.) : GRC; 2018 [consultation en août 2020]. En ligne à : https://www.rcmp-grc.gc.ca/cycp-cpcj/dr-al/charts-chartes/illd-dill-ch-fra.htm

10. Spronk DB, van Wel JH, Ramaekers JG, Verkes RJ. Characterizing the cognitive effects of cocaine: a comprehensive review. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(8):1838-1859. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.07.003

11. Riezzo I, Fiore C, De Carlo D, et al. Side effects of cocaine abuse: multiorgan toxicity and pathological consequences. Cur Med Chem. 2012;19(33): 5624-5646. https://doi.org/10.2174/092986712803988893

12. Macdonald S, Anglin-Bodrug K, Mann RE, et al. Injury risk associated with cannabis and cocaine use. Drug Alcohol Depend. 2003;72(2):99-115. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(03)00202-3

13. Williams RH, Erickson T, Broussard LA. Evaluating sympathomimetic intoxication in an emergency setting. Lab Med. 2000;31(9):497-508.

14. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine drug facts [Internet]. Bethesda (MD): NIDA; 2021 [consultation en mai 2021]. En ligne à : https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cocaine

15. Drug Policy Alliance. What happens if you mix cocaine with alcohol and/or other drugs? [Internet]. New York (NY): Drug Policy Alliance; date unknown [consultation en avril 2021]. En ligne à : https://drugpolicy.org/drug-facts/cocaine/what-happens-mix-cocaine-other-drugs

16. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes [Internet]. Ottawa (Ont) : ASPC; 2020 [consultation en août 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/systeme-canadien-hospitalier-information-recherche-prevention-traumatismes.html#a1

17. Crain J, McFaull S, Thompson W, et al. Rapport d'étape – Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes : un système de surveillance des blessures dynamique et novateur. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(6):127-133. https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.6.02f

18. Rao DP, Abramovici H, Crain J, Do MT, McFaull S, Thompson W. The lows of getting high: sentinel surveillance of injuries associated with cannabis and other substance use. Can J Public Health. 2018;109(2):155-163. https://doi.org/10.17269/s41997-018-0027-8

19. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Joinpoint Regression Program, version 4.8.0.1. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2020.

20. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNUDC). Drogues et groupes d'âge. Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées. Rapport mondial sur les drogues 2018. Vienne (Autriche) : Organisation des Nations Unies; 2018. En ligne à : https://www.unodc.org/doc/wdr2018/wdr2018_B4_F.pdf

21. Winters KC, Arria A. Adolescent brain development and drugs. Prev Res. 2011;18(2):21-24.

22. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. Am Psychol. 1990; 45(5):612-630. https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.612

23. Australian Institute of Health and Welfare. 2001 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Canberra (Australia): Australian Institute of Health and Welfare; 2002. En ligne à : https://www.aihw.gov.au/getmedia/892480d5-1d70-418e-9a45-718aca3e8ea1/ndshs01df.pdf.aspx?inline=true

24. Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. Arch Gen Psychiatry. 1986;43(2):107-113. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800020013003

25. Bodmer M, Enzler F, Liakoni E, Bruggisser M, Liechti ME. Acute cocaine-related health problems in patients presenting to an urban emergency department in Switzerland: a case series. BMC Res Notes. 2014; 7:173. https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-173

26. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition (EMCDDA). Emergency health consequences of cocaine use in Europe: a review of the monitoring of drug-related acute emergencies in 30 European countries. [Technical report]. Lisbon (Portugal): EMCDDA; 2014. En ligne à : https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/778/Cocaine_emergencies_report_final_467089.pdf

27. Yudofsky SC, Silver JM, Hales RE. Cocaine and aggressive behavior: neurobiological and clinical perspectives. Bull Menninger Clin. 1993; 57(2):218-226.

28. Miller NS, Gold MS, Mahler JC. Violent behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. Int J Addict. 1991; 26(10):1077-1088. https://doi.org/10.3109/10826089109058942

29. Bagge CL, Borges G. Acute substance use as a warning sign for suicide attempts: a case-crossover examination of the 48 hours prior to a recent suicide attempt. J Clin Psychiatry. 2017;78(6):691-696. https://doi.org/10.4088/JCP.15m10541

30. Richards JR, Le JK. Cocaine toxicity. [mise à jour le 19 juillet 2021]. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [consultation en août 2021]. En ligne à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430976/

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.7.02f

Recherche originale par méthodes mixtes

Expériences, besoins en services et répercussions des processus de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) chez les travailleurs blessés et malades : données probantes de la ville et du district de Thunder Bay (Ontario, Canada)

Chelsea Noël, B. Sc., Grad. Dip. (1); Deborah Scharf, Ph. D., CPsych (1,2); Joshua Hawkins, B.A., Grad. Dip. (1); Jessie Lund, M.A. (1); Jewel Kozik, B. Sc. (3); Anna Péfoyo Koné, Ph. D. (2)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont des répercussions physiques, sociales et psychologiques négatives sur les personnes qui en sont victimes. Bien que la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) de l'Ontario ait pour mandat d'atténuer ces effets, son processus de fonctionnement peut conduire à des difficultés. Les soutiens qui sont offerts aux travailleurs blessés peuvent être fragmentés et rares, notamment dans les régions qui sont mal desservies. Nous décrivons les expériences vécues par des travailleurs blessés ou malades du Nord-Ouest de l'Ontario dans le cadre de leurs démarches auprès de la WSIB, de même que les besoins en santé mentale de ces travailleurs, dans le but de promouvoir l'amélioration du système en place.

Méthodologie. Des travailleurs blessés et malades (n = 40) recrutés dans la collectivité de Thunder Bay et son district ont répondu à un sondage en ligne sur leurs besoins en matière de santé mentale, de services sociaux et de services juridiques lors de leurs démarches auprès de la WSIB. Des entrevues portant sur des thèmes similaires ont aussi été réalisées avec 16 autres travailleurs blessés et malades ailleurs dans le Nord-Ouest de l'Ontario ainsi qu'avec 8 fournisseurs de services communautaires connaissant bien le fonctionnement de la WSIB.

Résultats. Les travailleurs du Nord-Ouest de l'Ontario ont décrit les répercussions que leur accident du travail ou leur maladie professionnelle avait eues sur leur situation professionnelle, familiale, financière et sociale, ainsi que sur leur santé physique et mentale. Beaucoup ont aussi souligné les effets négatifs accrus attribuables aux processus mêmes de la WSIB, notamment les problèmes locaux liés à la protection de la vie privée dans les « petites villes » et le fardeau financier associé aux déplacements exigés par la WSIB, en particulier durant la pandémie de COVID-19. Les travailleurs et les fournisseurs de services ont proposé de rationaliser et de clarifier les processus de la WSIB, d'améliorer la continuité des soins offerts par la WSIB et de mettre en place des mesures spécifiques à la région, telles que l'amélioration de l'accès aux services de soutien régionaux par l'intermédiaire d'intervenants-pivots indépendants.

Suite du résumé à la page suivante

Points saillants

- Les travailleurs du Nord-Ouest de l'Ontario qui ont été victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ont fait état d'effets négatifs sur leur bien-être physique, financier, social et psychologique, dont certains effets causés ou exacerbés par les processus de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB). Ces résultats concordent avec ceux de recherches menées ailleurs dans la province.
- Les travailleurs blessés et malades du Nord-Ouest de l'Ontario sont susceptibles de faire face à des difficultés locales supplémentaires qui les empêchent d'obtenir des soins appropriés et de se rétablir adéquatement, qu'il s'agisse de possibilités d'emploi limitées, de préoccupations relatives à la protection de la vie privée dans les « petites villes » ou de coûts et de fardeau associés aux déplacements, en particulier durant une crise de santé publique comme la pandémie de COVID-19.

Suite des points saillants à la page suivante

Rattachement des auteurs :

1. Département de psychologie, Université Lakehead, Thunder Bay (Ontario), Canada
2. Département des sciences de la santé, Université Lakehead, Thunder Bay (Ontario), Canada
3. École de médecine du Nord de l'Ontario, Université Lakehead, Thunder Bay (Ontario), Canada

Correspondance : Deborah Scharf, Braun Building, BB-1007E, 955 Oliver Road, Thunder Bay (Ontario) P7B 5E1; tél. : 807-343-8773; courriel : dscharf1@lakeheadu.ca

Conclusion. Les travailleurs du Nord-Ouest de l'Ontario subissent des effets négatifs dus à la fois aux blessures ou maladies professionnelles et au fonctionnement de la WSIB. Les intervenants pourront utiliser les constatations de cette recherche afin d'améliorer les démarches et la situation des travailleurs blessés et malades, en tenant compte plus particulièrement de la région du Nord.

Mots-clés : *accidents du travail, stress professionnel, santé mentale, services de santé en région rurale, indemnisation des accidents du travail, WSIB*

Introduction

Les accidents du travail et les maladies professionnelles enclenchent une cascade d'effets négatifs sur le bien-être physique, financier, social et psychologique des travailleurs qui en sont victimes (« travailleurs blessés » dans la suite du texte)[1-3]. La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) de l'Ontario, auparavant connue sous le nom de Commission des accidents du travail, a pour mission d'aider ces travailleurs. Créée en 1914, cette commission versait des indemnités aux travailleurs blessés sous la forme d'un remplacement du salaire et de prestations pour soins de santé, sans égard à la responsabilité, dans le but d'atténuer les relations antagonistes entre travailleurs et employeurs lorsque survenait un accident du travail ou une maladie professionnelle[4]. La WSIB actuelle, qui a subi plusieurs changements d'importance au fil des ans, est aujourd'hui un organisme fiduciaire indépendant, qui a pour mandat de concilier les intérêts des employeurs et des travailleurs blessés[5]. La WSIB décrit son rôle comme étant de percevoir des primes appropriées auprès des employeurs afin de pouvoir verser, en temps opportun, des indemnités justes aux travailleurs qui sont blessés ou qui contractent des maladies au travail, tout en soutenant les travailleurs durant leur rétablissement et leur retour au travail[5].

Alors que la plupart des demandes d'indemnisation traitées par la WSIB sont réglées rapidement et sans problème, et que la plupart des travailleurs blessés retournent au travail après n'avoir vécu que peu de perturbations sur le plan personnel et professionnel[6], des données indiquent qu'environ 20 % des demandes sont longues, complexes et litigieuses et que ces demandes représentent environ 80 % du coût total des demandes d'indemnisation[3]. De plus, lorsque la WSIB rejette la demande d'indemnisation d'un travailleur et que ce dernier conteste la décision rendue, le travailleur peut être privé pendant des années d'un revenu et du soutien dont il a besoin sur le plan social et sur le plan de la santé, tant que le règlement de la contestation n'a pas eu lieu. De telles situations ont inévitablement des conséquences désastreuses pour les travailleurs et leur famille[1,7] et elles font souvent l'objet de reportages dans les médias[8,9] pour illustrer la vulnérabilité des travailleurs blessés et le pouvoir qu'a la WSIB d'appuyer ou de rejeter les demandes de travailleurs dans le besoin.

Les recours et les ressources dont disposent les personnes qui souhaitent contester les décisions de la WSIB sont fragmentés et limités. En Ontario, les travailleurs blessés de l'ensemble de la province peuvent obtenir l'aide de services juridiques communautaires spécialisés situés à Toronto. De plus petits organismes juridiques communautaires existent également dans d'autres régions, mais bon nombre de ces organismes, dont ceux situés dans le Nord-Ouest de l'Ontario, ne sont pas pleinement pourvus en personnel et, souvent, ils n'emploient aucun avocat et n'ont pas les ressources nécessaires pour aider les travailleurs dans leurs démarches d'indemnisation. De plus, bien que le Bureau des conseillers des travailleurs du ministère du Travail offre des services de représentation gratuits aux travailleurs blessés non syndiqués, la liste d'attente pour y avoir accès est de plusieurs années, de sorte que les personnes se retrouvent sans recours et sans moyens financiers pour payer l'assistance juridique. Dans l'ensemble, les personnes qui s'engagent dans les processus de demande d'indemnisation et de contestation auprès de la WSIB vivent donc souvent des expériences difficiles sur le plan de leurs finances, de leur vie familiale et de leur santé mentale[7].

Le risque que des troubles psychologiques se manifestent ou s'aggravent durant les processus de demande et de contestation auprès de la WSIB est élevé. D'après certaines données récentes, près de la moitié des personnes qui se blessent ou qui contractent une maladie au travail manifestent des symptômes de dépression dans l'année qui suit la blessure ou la maladie[10,11]. Ces problèmes subséquents de santé mentale nuisent au rétablissement à long terme des travailleurs et à leur retour potentiel au travail[12,13]. De nombreux travailleurs perdent également l'accès à des services et à du soutien en santé mentale lorsqu'ils se blessent ou tombent malades, car ils ne bénéficient plus du régime d'assurance de l'employeur et n'ont plus le revenu nécessaire pour payer eux-mêmes des services de santé mentale. En Ontario, il faut souvent attendre six mois ou plus avant d'obtenir des services de santé mentale publics gratuits[14].

Dans les régions nordiques, rurales ou éloignées de l'Ontario, au moins deux autres difficultés peuvent entraver encore davantage le rétablissement et le retour au travail. D'abord, le processus de la WSIB y est généralement plus long, car les travailleurs doivent souvent se déplacer pour obtenir les évaluations de spécialistes qui confirmeront l'admissibilité aux prestations de la WSIB. Ensuite, l'accès à des soins appropriés peut être difficile une fois les prestations en place. Par exemple, dans la ville et le district de Thunder Bay[15] (une région plus vaste que des pays comme l'Allemagne et l'Espagne), où l'on compte à peine 11 psychologues agréés par la WSIB, les travailleurs qui reçoivent des prestations doivent parfois attendre des mois avant de commencer à recevoir des services, puis ils doivent parfois voyager plusieurs heures en voiture ou en avion pour recevoir des soins lorsque ces services doivent être dispensés en personne.

Points saillants (suite)

- Les suggestions formulées par les travailleurs blessés et les fournisseurs de services du Nord-Ouest de l'Ontario en vue d'améliorer les processus de la WSIB ont porté sur des améliorations visant le système dans son ensemble (comme l'harmonisation et la clarification des processus de la WSIB, l'amélioration de la continuité des soins offerts par la WSIB, la désignation d'un intervenant-pivot indépendant) ainsi que sur des améliorations visant plus spécifiquement le contexte du Nord.

Afin d'améliorer les services offerts aux travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario ainsi que la situation de ces travailleurs, la WSIB, les décideurs et les intervenants communautaires doivent pouvoir disposer de recherches qui décrivent à la fois les besoins des travailleurs tout au long des processus de demande d'indemnisation et de contestation auprès de la WSIB, les paramètres permettant de prévoir l'expérience des travailleurs qui ont recours à la WSIB et enfin les soutiens offerts dans la région. Ils doivent également connaître les besoins en matière de santé mentale et de services sociaux des travailleurs blessés qui ont recours à la WSIB dans les secteurs nordiques, ruraux et éloignés (comme la ville et le district de Thunder Bay) afin de cerner les lacunes des services, les problèmes relatifs à la qualité des services et les améliorations à apporter dans cette région mal desservie, où les besoins sont grands. Dans cette optique, notre étude décrit les expériences vécues par des travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario qui ont eu recours à la WSIB ainsi que les effets de ces expériences et les facteurs systémiques qui les ont influencées. Des suggestions en vue d'améliorer le système sont également présentées.

Méthodologie

Plan de l'étude et participants

Il s'agit d'une étude fondée sur des méthodes mixtes à modèle convergent et parallèle[16], qui repose sur un sondage quantitatif en ligne auprès de travailleurs blessés (n = 40) et des entrevues qualitatives semi-structurées auprès de travailleurs blessés (n = 16) et de fournisseurs de services (n = 8) qui connaissent bien les processus de la WSIB, et ce, dans la ville et le district de Thunder Bay (Ontario). Le comité d'éthique de la recherche de l'Université Lakehead a approuvé les procédures de l'étude (numéro de référence 1467879).

Critères d'admissibilité

Les travailleurs blessés admissibles 1) étaient âgés d'au moins 18 ans, 2) pouvaient lire et écrire en anglais, 3) vivaient dans la ville ou le district de Thunder Bay, 4) avaient été victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et 5) avaient présenté une demande d'indemnisation à la WSIB ou avaient entrepris une démarche auprès de la WSIB (comme une contestation) au cours des cinq dernières années. Les travailleurs blessés pouvaient choisir de répondre au sondage en ligne ou à l'entrevue semi-structurée.

Les fournisseurs de services admissibles 1) étaient âgés d'au moins 18 ans, 2) pouvaient lire et écrire en anglais et 3) avaient offert des services à au moins huit travailleurs blessés ou malades de la ville et du district de Thunder Bay au cours des deux dernières années.

Recrutement

Notre équipe a recruté des travailleurs blessés par l'intermédiaire de réseaux sociaux (Facebook, Kijiji, Reddit, etc.) et de médias imprimés (journaux locaux et dépliants papier). Les fournisseurs de services ont quant à eux été recrutés au moyen de courriels envoyés à des listes de diffusion et à des organismes de services, de réseaux professionnels et d'un échantillonnage « boule de neige », notre objectif étant d'interviewer des fournisseurs offrant des services dans divers domaines (juridiques, sociaux et psychologiques).

Instruments

Nous avons conçu et utilisé trois outils de collecte de données pour l'étude, dont des outils différents pour les travailleurs et les fournisseurs de services. Le sondage auprès des travailleurs visait principalement à recueillir des données quantitatives, alors que les deux guides d'entrevue ont été conçus afin de recueillir exclusivement des données qualitatives.

Sondage en ligne et guide d'entrevue des travailleurs

Nous avons élaboré un sondage en ligne et un guide d'entrevue des travailleurs comportant des questions sur 1) les caractéristiques personnelles et 2) la blessure ou la maladie des travailleurs, 3) les expériences des travailleurs dans le cadre de la présentation d'une demande d'indemnisation à la WSIB et (séparément) de la démarche de contestation auprès de la WSIB, 4) l'utilisation par les travailleurs de tout service communautaire ou service supplémentaire durant les processus de demande et de contestation (comme une banque alimentaire, des services juridiques ou des services communautaires de santé mentale) et enfin 5) les suggestions des travailleurs sur les moyens d'améliorer les processus de demande d'indemnisation et de contestation de la WSIB. Les travailleurs ont été invités à évaluer les effets que les processus de demande d'indemnisation et (séparément) de contestation de la WSIB avaient eus sur eux. Dans le sondage en ligne, les travailleurs devaient répondre à la question « Dans quelle mesure le processus de demande d'indemnisation (ou de contestation) a-t-il été stressant? » au moyen d'une échelle de Likert en 5 points allant de « pas du tout » à « extrêmement » stressant.

Guide d'entrevue des fournisseurs de services

Les fournisseurs de services ont été invités à exposer leurs points de vue sur des thèmes similaires : ils ont été interrogés sur 1) leurs caractéristiques personnelles et leur expérience professionnelle auprès de travailleurs blessés, 2) leur perception des effets qu'ont les processus de demande d'indemnisation et de contestation de la WSIB sur les travailleurs, 3) le soutien qu'ils ont apporté à des travailleurs au cours du processus de contestation, 4) l'utilisation par les travailleurs de services supplémentaires durant les processus de demande d'indemnisation ou de contestation de la WSIB, 5) les difficultés que pose le soutien aux travailleurs durant les processus de demande d'indemnisation ou de contestation de la WSIB et enfin 6) leurs suggestions pour améliorer les processus de demande d'indemnisation et de contestation de la WSIB.

Tous les outils de collecte de données sont disponibles sur demande.

Collecte des données

Les données ont été collectées entre novembre 2020 et mars 2021. Les données provenant des deux sources (sondage et entrevues) ont été recueillies simultanément.

Sondage en ligne

Après avoir confirmé l'admissibilité des participants et obtenu leur consentement éclairé écrit, les assistants à la recherche leur ont envoyé un courriel contenant un lien menant au sondage en ligne hébergé sur la plateforme SurveyMonkey. Le sondage comprenait 70 questions et il a fallu environ 14 minutes aux participants pour y répondre.

Entrevues qualitatives

Des étudiants diplômés en psychologie clinique (JH, JL et CN) ont reçu une formation et ont interviewé, sous la supervision

d'une psychologue clinicienne autorisée (DS), des travailleurs blessés ou malades et des fournisseurs de services ayant l'expérience des processus de la WSIB, et ce, par Zoom ou par téléphone (au choix du répondant). Comme la collecte des données s'est faite durant la pandémie de COVID-19, nous n'avons pas offert aux participants l'option d'une entrevue en personne. Lors de chaque entrevue, les intervieweurs ont rappelé l'objectif de l'étude, ont recueilli le consentement éclairé verbal des participants et ont posé des questions pour orienter la discussion. Ils ont encouragé les participants à décrire en détail leurs expériences, à les préciser et à en discuter. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites.

Analyse des données

Les données qualitatives et quantitatives ont été analysées séparément, selon des approches différentes mais complémentaires.

Analyse quantitative

Notre équipe a utilisé des méthodes statistiques descriptives pour caractériser l'échantillon, notamment les blessures, les besoins et les expériences des travailleurs ainsi que leur utilisation connexe des services sociaux et de santé. Nous avons également effectué des analyses univariées à l'aide de modèles linéaires généralisés, au caractère expérimental et très préliminaire, pour dégager les facteurs susceptibles d'être associés au stress déclaré par les travailleurs (selon une échelle de Likert à 5 points) pendant le processus de demande d'indemnisation et pendant celui de contestation. En raison de la petite taille de notre échantillon, nous avons limité ces analyses à une courte liste de caractéristiques personnelles et de facteurs liés aux blessures, tirés de la littérature et de l'expérience clinique des auteurs. Ces facteurs étaient l'âge et le sexe des participants, leur secteur d'emploi au moment de l'accident (agriculture, fabrication, transport et entreposage; construction et exploitation minière; éducation, soins de santé et assistance sociale; services d'urgence; hôtellerie, restauration, vente au détail, arts, divertissement et loisirs; autres secteurs) et la permanence de leur incapacité (permanente, incertaine, non permanente). Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Analyse qualitative

Nous (DS, CN, JH et JL) avons procédé à une analyse de contenu thématique[17,18], en premier lieu en relisant les transcriptions et en en dégageant les thèmes pertinents liés aux expériences et aux besoins des travailleurs. Nous avons ensuite relevé les thèmes convergents et divergents à l'aide d'une grille d'analyse mixte[18]. Nous avons plus spécifiquement défini un cadre de codage initial pour les analyses déductives, en nous basant sur les thèmes préliminaires utilisés pour structurer le guide d'entrevue (expériences et répercussions des processus de la WSIB, facteurs systémiques ayant une incidence sur l'expérience avec la WSIB et améliorations proposées). Comme peu de recherches ont été menées sur les expériences vécues par les travailleurs ayant présenté une demande d'indemnisation dans les régions rurales, éloignées ou nordiques de l'Ontario et du Canada en général, nous avons fait en sorte que les thèmes du cadre de codage initial demeurent généraux et que leur nombre soit réduit au minimum, afin de pouvoir générer un maximum de nouveaux thèmes et de nouvelles catégories aptes à refléter les expériences vécues par les travailleurs blessés[19]. Nous avons donc également mené une analyse inductive dans ce but, ce qui a donné lieu à l'établissement d'un grand nombre de nouveaux thèmes (comme les facteurs de risque propres à la WSIB par rapport aux facteurs de risque plus généraux influant sur l'expérience relative à la WSIB et diverses suggestions en vue d'améliorer les processus) et de nouvelles catégories (comme les diverses répercussions des demandes d'indemnisation à la WSIB), qui ont été inclus dans la catégorisation définitive.

Pour réaliser cet objectif, nous nous sommes d'abord familiarisés avec les données recueillies lors du sondage en ligne et des entrevues qualitatives. Nous avons ensuite synthétisé les données en unités d'information plus petites, d'abord descriptives (paraphrases), puis interprétatives (mots représentant des concepts sous-jacents, choisis comme « codes » par les responsables du codage). Nous avons regroupé en catégories les codes ayant une signification similaire, puis nous avons regroupé les catégories en thèmes, toujours dans le cadre du codage[18]. Nous avons analysé les données en continu jusqu'à saturation (jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème ne ressorte). Nous avons forgé la version finale du cadre de codage, du schéma et de la catégorisation définitive par co-codage et par discussion, en résolvant les divergences d'opinions par consensus.

Résultats

Participants

Les caractéristiques des travailleurs blessés sont présentées dans le tableau 1. Les travailleurs blessés avaient pour la plupart entre 35 et 54 ans, étaient de sexe masculin, non légalement mariés (c.-à-d. célibataires ou en union de fait) et sans personne à charge. Les participants se sont principalement identifiés comme d'origine blanche. La presque totalité des participants étaient nés au Canada, vivaient à Thunder Bay même (Ontario) et avaient l'anglais comme langue maternelle. Le sexe et l'ethnicité des participants se sont révélés représentatifs des caractéristiques des travailleurs de la région, mais les travailleurs de l'échantillon étaient légèrement plus âgés que les autres travailleurs de la région[20].

Les fournisseurs de services (n = 8) étaient pour la plupart des femmes et avaient en moyenne 12,9 années d'expérience (écart-type [É.-T.] = 14,25) en prestation de services à des travailleurs blessés. Ils offraient des services dans les domaines de la santé mentale, du droit et de la réadaptation physique. Leur zone géographique de pratique était Kenora, Thunder Bay, la totalité du Nord-Ouest de l'Ontario ou même la totalité de l'Ontario incluant le Nord.

Accidents du travail, incapacité et mesures d'adaptation requises

Les travailleurs blessés ont décrit, dans le sondage en ligne et les entrevues semi-structurées, leurs accidents du travail, la présence d'incapacités ainsi que leurs besoins en matière de mesures d'adaptation.

Sondage

La majorité (n = 28; 70 %) des répondants au sondage ont indiqué avoir subi leur blessure au cours des cinq années précédentes. Il s'agissait de blessures physiques pour la plupart des répondants (n = 32; 80 %) plutôt que d'un trouble psychologique ou d'une maladie professionnelle. Les répondants ayant présenté des demandes d'indemnisation travaillaient dans les secteurs suivants : éducation, soins de santé et assistance sociale (n = 8; 20 %); agriculture, fabrication,

TABLEAU 1
Caractéristiques des travailleurs blessés et malades ayant répondu au sondage et aux entrevues sur leurs expériences relatives à la WSIB, ville et district de Thunder Bay (Ontario, Canada), novembre 2020 à mars 2021

	Sondage (n = 40)	Entrevues (n = 16)
	n (%)	n (%)
Âge		
18 à 34 ans	11 (27,5)	*
35 à 54 ans	20 (50,0)	7 (43,8)
55 ans et plus	9 (22,5)	5 (31,2)
Sexe		
Femme	17 (42,5)	7 (43,8)
Homme	23 (57,5)	9 (56,2)
État matrimonial		
Légalement marié	15 (37,5)	8 (50,0)
Non légalement marié	25 (62,5)	8 (50,0)
Ethnicité		
Blanc	34 (85,0)	12 (75,0)
Autre	6 (15,0)	*
Nombre de personnes à charge		
0	19 (47,5)	8 (50,0)
1	7 (17,5)	5 (31,3)
2	9 (22,5)	*
3 et plus	5 (12,5)	*
Ville d'origine		
Thunder Bay	38 (95,0)	15 (93,8)
Autre	*	*

Abréviation : WSIB, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

* Indique que les données ont été supprimées en raison des faibles effectifs.

transport et entreposage (n = 10; 25 %); hôtellerie, restauration, vente au détail, arts, divertissement et loisirs (n = 8; 20 %); construction et exploitation minière (n = 6; 15 %); services d'urgence (n = 5; 12,5 %) et « autres » (les données ne sont pas dévoilées en raison des faibles effectifs).

La moitié (n = 20; 50 %) des répondants au sondage ont indiqué qu'ils travaillaient à temps plein (n = 15; 75 %) ou à temps partiel (n = 5; 25 %) depuis qu'ils avaient présenté une demande d'indemnisation à la WSIB. Parmi les 20 répondants ayant déclaré travailler, 8 (40 %) ont indiqué avoir bénéficié de mesures d'adaptation au travail, notamment une modification de leurs tâches, de leur rôle ou de leur milieu de travail, une réduction de leurs heures de travail ou le report de leur retour au travail. La majorité (n = 25; 62,5 %) des répondants ont indiqué que leur accident du travail avait « beaucoup » ou « complètement » changé leur vie. Près de la moitié (n = 19; 47,5 %) de l'ensemble des répondants ont indiqué que leur accident du travail avait provoqué une incapacité permanente.

Entrevues

La majorité (n = 12; 75 %) des personnes interviewées ont aussi déclaré que leur blessure était survenue au cours des cinq dernières années. Cela signifie donc que, pour le quart des personnes interviewées, les blessures s'étaient produites plus de cinq ans auparavant, mais qu'elles étaient pourtant toujours engagées dans une démarche auprès de la WSIB au moment de l'entrevue. Les blessures étaient pour la plupart physiques (n = 12; 75 %), les troubles psychologiques et les maladies professionnelles étant beaucoup moins nombreux (n = 4; 25 %). Une grande partie des personnes interrogées avaient présenté une demande d'indemnisation alors qu'elles travaillaient dans les secteurs de l'éducation, des soins de santé et de l'assistance sociale (n = 8; 50 %). Les autres (n = 8; 50 %) travaillaient dans les secteurs de la construction et de l'exploitation minière, de l'agriculture, de la fabrication, du transport et de l'entreposage ou des services d'urgence (pourcentages supprimés en raison des faibles effectifs). Moins de la moitié de tous les travailleurs interviewés ont déclaré travailler à temps plein au moment de l'entrevue (n = 7; 43,8 %).

Expérience et répercussions des processus d'indemnisation et de contestation de la WSIB

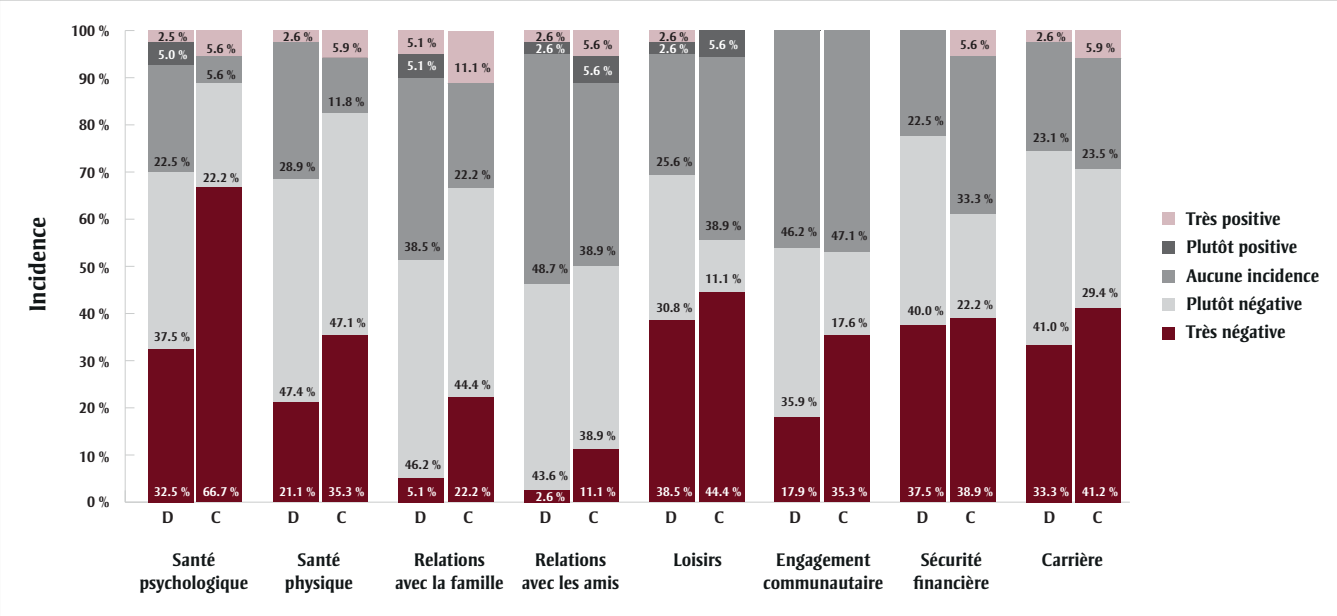
Les travailleurs blessés et les fournisseurs de services ont également décrit par l'intermédiaire du sondage en ligne et des entrevues semi-structurées les expériences vécues dans le cadre des processus de demandes d'indemnisation et de contestation de la WSIB ainsi que les répercussions de ces démarches sur les travailleurs blessés.

Sondage

Bien que la plupart (n = 32; 80,0 %) des répondants aient déclaré que leur demande d'indemnisation initiale avait été acceptée, la majorité d'entre eux ont néanmoins qualifié le processus de demande d'« extrêmement » (n = 13; 32,5 %) ou de « très » (n = 9; 22,5 %) stressant. De même, parmi les répondants (n = 18; 45,0 %) ayant déclaré avoir contesté une décision de la WSIB, moins de la moitié de ces contestations (n = 8; 44,4 %) avaient été accueillies, et près du quart (n = 4; 22,2 %) étaient toujours en traitement. La presque totalité des répondants ont décrit le processus de contestation comme étant « extrêmement » (n = 10; 55,6 %) ou « très » (n = 4; 22,2 %) stressant. Les répondants ayant présenté une demande d'indemnisation seulement ou bien une demande d'indemnisation suivie d'une contestation ont indiqué que ces démarches avaient eu une incidence négative sur leur santé psychologique, leur santé mentale, les relations avec leur famille, les relations avec leurs amis, leurs loisirs, leur engagement communautaire, leur sécurité financière et leur carrière (figure 1).

Tout en tenant pleinement compte de la petite taille de notre échantillon (40 répondants au sondage), nous avons effectué des analyses de régression linéaire univariées très préliminaires visant à déterminer les caractéristiques des travailleurs et des blessures susceptibles d'être associées à

FIGURE 1
Incidence des processus de demande d'indemnisation et de contestation de la WSIB sur diverses sphères de la vie des répondants à un sondage mené auprès de travailleurs blessés, ville et district de Thunder Bay (Ontario, Canada), entre novembre 2020 et mars 2021



Abréviations : C, fréquences correspondant au processus de contestation; D, fréquences correspondant au processus de demande d'indemnisation; WSIB, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

Remarque : Les pourcentages (%) représentent la fréquence des réponses pour les 40 travailleurs blessés ayant parlé de leur expérience de présentation d'une demande d'indemnisation et pour un sous-ensemble de 18 travailleurs blessés qui ont contesté la décision concernant leur demande d'indemnisation.

des niveaux élevés de stress lié aux demandes d'indemnisation et aux contestations, dans le but principalement de proposer des pistes de recherche. Les variables prédictives incluses dans l'analyse univariée étaient l'âge, le sexe, le type de blessure, le secteur d'activité et la permanence de l'incapacité. La variable de résultat était le stress lié aux demandes d'indemnisation, mesuré par les répondants selon une échelle de Likert en cinq points. Le niveau de stress moyen déclaré par les travailleurs a été respectivement de 3,4 (É.-T. = 1,5) pour les demandes d'indemnisation et de 4,1 (É.-T. = 1,3) pour les contestations. Seule la présence d'une incapacité permanente a été associée au stress lié aux demandes d'indemnisation (R^2 = 0,17, $F_{2,47}$ = 3,78, p = 0,03). En termes plus précis, cela signifie que les travailleurs ayant fait état d'une incapacité permanente (B = 1,49, p = 0,01) ont ressenti un stress lié aux demandes d'indemnisation qui a dépassé de façon statistiquement significative le stress indiqué par les travailleurs sans incapacité permanente (groupe de référence). Aucune des variables que nous avons étudiées n'a été associée de manière significative à un stress lié au processus de contestation.

Entrevues

Nous avons utilisé les entrevues réalisées auprès de travailleurs blessés et de fournisseurs de services du Nord-Ouest de l'Ontario pour décrire également la manière dont les processus de demande d'indemnisation et de contestation de la WSIB ont eu une influence sur la santé mentale des travailleurs. Les réponses des travailleurs et des fournisseurs de services relèvent de neuf thèmes communs : 1) instabilité du rôle familial et conflits familiaux (par exemple partenaires et enfants devant assurer la subsistance de la famille; perte du respect ou de l'autorité du travailleur blessé, avec une capacité réduite de subvenir aux besoins des autres), 2) anxiété et insécurité financières (par exemple des inquiétudes quant au début, à la durée et au montant des prestations de remplacement du salaire versées par la WSIB), 3) frustration et colère (par exemple en raison des formalités administratives de la WSIB, de la difficulté à avoir accès aux gestionnaires de cas et du fait que la validité des demandes de prestations est constamment remise en question), 4) impuissance et désespoir (en particulier contre la lenteur des processus, le report ou le rejet des demandes d'aide pour favoriser le retour au travail), 5) insécurité d'emploi (en particulier une impossibilité de réintégrer les mêmes fonctions après le rétablissement ou d'obtenir un travail adapté ou un autre travail approprié), 6) perte d'identité professionnelle (avec la déception du fait d'être incapable de travailler dans le domaine dans lequel le travailleur a été formé et a fait carrière), 7) répétition du traumatisme (comme devoir relater les détails traumatisants de l'accident à de nombreux employés de la WSIB et réaffirmer la validité de la demande de prestations), 8) sentiment de culpabilité et de honte (par exemple du fait d'être incapable de travailler et de subvenir aux besoins de sa famille) et 9) isolement social (avec perte de contact avec ses collègues, repli sur soi en raison d'une dépression engendrée par l'accident du travail, etc.). Des témoignages sont fournis en exemple dans le tableau 2.

Facteurs systémiques influant sur les expériences des travailleurs avec la WSIB

Les travailleurs blessés et les fournisseurs de services ont aussi décrit, lors du sondage en ligne et des entrevues semi-structurées, les facteurs systémiques qui ont une influence sur les expériences des travailleurs dans leurs démarches auprès de la WSIB.

TABLEAU 2
Répercussions sur la santé mentale des processus de demande d'indemnisation et de contestation de la WSIB : neuf thèmes communs se dégageant des descriptions fournies par les travailleurs et les fournisseurs de services, ville et district de Thunder Bay (Ontario, Canada), novembre 2020 à mars 2021

Thème	Exemples de citations
Instabilité du rôle familial et conflits familiaux	« Les processus de la WSIB ont causé beaucoup de problèmes; je suis davantage contrarié et cela se répercute sur mes relations avec ma femme. » – **TB 9**
	« J'ai vu des mariages se briser à cause de ce qui est arrivé à des travailleurs blessés. Leur vie part en vrille et ça entraîne des effets visibles sur leurs relations et sur leur couple. Comme je l'ai dit, des gens ont perdu leur maison. Je n'ai pas besoin de passer beaucoup de temps avec des travailleurs blessés pour constater les changements importants qui se sont produits, même chez ceux qui n'ont pas subi de lésions cérébrales. J'ai aussi vu d'autres types de blessures et j'ai pu constater les effets que ces accidents du travail ont eus sur les travailleurs et sur le reste de leur vie. » – **FS 5**
Anxiété et insécurité financières	« Je suis une mère seule et mes enfants vivent avec moi à temps plein; j'en ai la pleine responsabilité et voilà qu'on appelle pour me dire que mon véhicule a été saisi. Et ensuite, je ne peux plus faire mes paiements hypothécaires. Vous savez, toutes ces choses s'additionnent, alors que vous êtes dans une situation déjà difficile sur le plan mental. » – **TB 4**
	« J'essaie de ne pas trop penser à mon cas personnel, parce que ça m'enrage. Il n'y a rien eu de bon dans ce qui m'est arrivé, puisque j'ai pratiquement tout perdu. Je suis passé de cent quelques mille dollars par année à je ne sais même pas combien maintenant. Pas beaucoup en tout cas. J'ai dû vendre ma maison. Vendre mon camp. Je ne suis pas pauvre, mais je ne suis certainement pas à l'aise comme auparavant. » – **TB 3**
	« Souvent, la fierté entre en jeu; les gens ne veulent pas toucher des prestations d'assistance sociale, mais ils sont souvent obligés de le faire, parce qu'ils n'ont pas d'autre revenu. On voit des gens vendre des biens qui sont très importants dans notre région, par exemple leurs bateaux, leurs motoneiges ou leurs remorques. Ils sont obligés de les vendre, en partie pour être admissibles à l'assistance sociale, et en partie pour avoir l'argent dont ils ont besoin pour vivre. » – **FS 2**
Frustration/colère	« Chaque appel que je fais à la WSIB ravive ma colère. » – **TB 13**
	« Avoir quelqu'un qui vous appelle, vous appelle encore, puis vous envoie des lettres et vous appelle à nouveau pour avoir des mises à jour, et qui veut ensuite parler à vos médecins, prendre des notes, c'est exaspérant, d'autant plus que ce n'est jamais la même personne. » – **TB 10**
Impuissance/désespoir	« Vous entrez dans un processus qui, si vous n'obtenez pas d'aide, est épuisant; le système est fait… pour encourager les gens à abandonner. » – **TB 3**
	« Le processus de contestation ajoute un volet d'affrontement qui, selon moi, accroît le sentiment d'être menacé, ce qui ne fait qu'exacerber les sentiments d'impuissance ou de désespoir que l'on peut ressentir. » – **FS 1**
Insécurité d'emploi	« [À la suite de ma blessure physique], j'ai eu beaucoup de difficulté à maintenir le rythme de production, mais je devais y arriver, parce que je risquais de perdre mon emploi, et cela a eu des répercussions sur ma santé mentale. C'est devenu un véritable problème, mentalement… Les deux aspects sont interreliés. De la santé physique à la santé mentale. » – **TB 11**
Perte d'identité professionnelle	« Auparavant, on chantait mes louanges au travail; chaque fois qu'ils avaient besoin de quelqu'un, j'étais là, je travaillais sur tous les cas difficiles. Je me donnais toujours à fond. Après ma blessure, je n'avais plus aucune valeur. » – **TB 5**
	« Ils ne peuvent pas travailler en vue d'atteindre leurs objectifs de carrière. Or, c'est le propre de la nature humaine, n'est-ce pas, que d'avoir des aspirations et de vouloir avancer sur le plan professionnel. Et je pense que c'est réellement une honte, parce que c'est un effet du traumatisme dont on n'a vraiment pas besoin. Lorsque le travailleur est suffisamment bien sur le plan psychologique, il devrait obtenir du soutien et pouvoir effectuer un travail lucratif et significatif, sans avoir à assumer d'autres types de coûts financiers, si nous voulons vraiment être fidèles à l'esprit de la WSIB. » – **FS 4**
Répétition du traumatisme	« Vous vous engagez dans le processus et vous devez raconter de nouveau votre histoire à toutes les personnes que vous rencontrez, ce qui ne fait que raviver le traumatisme encore et encore. Et vous en arrivez au point où vous leur racontez votre histoire et vous tentez de faire passer votre message pour que, non seulement, ils vous comprennent, mais aussi qu'ils vous croient, parce que vous l'avez répété tellement de fois que, lorsque vous le répétez pour la dixième fois, vous vous dites que les deux dernières personnes ne vous ont manifestement pas cru. » – **TB 4**
Honte et culpabilité	« Tous les sentiments de honte qui viennent avec – vous savez, je suis habituellement une femme forte et confiante, mais je ne peux plus faire les choses que je ferais normalement. L'effet cumulatif se fait sentir sur toute votre vie. » – **TB 4**
	« Vous culpabilisez parce que vous êtes incapable de faire la seule chose que vous vouliez faire. » – **TB 10**
Isolement social	« Cela a eu un impact énorme sur ma santé mentale. Il m'a fallu beaucoup de temps pour l'admettre. Je suis une personne très forte et têtue. C'est d'abord mon mari qui a remarqué que je ne sortais plus. Je suis une personne très, très active, vous savez : randonnée, canot, chasse, mais maintenant je reste beaucoup plus à l'intérieur. » – **TB 1**
	« Et, bien sûr, cela les affecte socialement. Parce qu'ils n'ont plus ces endroits où aller et ces choses à faire. Ils perdent leurs amis et les liens qu'ils avaient créés avec eux. Ils n'ont pas d'argent pour sortir et voir des gens. Alors, ils s'isolent. » – **FS 2**
	« Ils commencent à s'isoler socialement de leurs amis et des membres de leur famille, parce qu'ils ne peuvent plus faire certaines choses physiquement, vous savez, même plus soulever une tasse de café. Lorsque vous ressentez une douleur chronique, vous êtes très déprimé et vous abandonnez. N'est-ce pas? » – **FS 4**

Abréviations : FS, fournisseur de services; TB, travailleur blessé ou malade; WSIB, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

Sondage

Les répondants devaient choisir (à partir d'une liste) les volets des processus de la WSIB qui se sont bien déroulés et ceux qui ont été difficiles dans le cadre du processus de demande d'indemnisation (n = 40) et, à part, du processus de contestation (n = 18) (figure 2).

Les travailleurs blessés ont cité plusieurs volets des processus de demande d'indemnisation et de contestation qui se sont déroulés sans heurt (n = 34; 85,0 %), mentionnant notamment l'évaluation par un expert médical et la consultation d'un expert médical (respectivement n = 15 [37,5 %] pour l'indemnisation et n = 5 [27,8 %] pour la contestation), les interactions avec les collègues de travail (n = 10 [25,0 %] pour l'indemnisation; données supprimées en raison des faibles effectifs pour la contestation) ainsi que la planification des rencontres et des rendez-vous (respectivement n = 11 [27,5 %] et n = 6 [33,3 %]).

Tous les travailleurs participants ont aussi mentionné des volets du processus de demande d'indemnisation qui ont posé des problèmes. Il s'agit notamment des communications avec la WSIB (n = 29; 72,5 %), des formalités administratives (n = 22; 55,0 %), de la situation financière durant l'arrêt de travail (n = 22; 55,0 %), de l'évaluation par un expert médical et la consultation d'un expert médical (n = 19; 47,5 %) ainsi que de la réalisation du processus de demande d'indemnisation alors que la personne était blessée ou malade (n = 18; 45,0 %). Les résultats se sont révélés similaires en matière de processus de contestation, les répondants ayant mentionné des difficultés dans les domaines suivants : communications avec la WSIB (n = 14; 77,8 %), formalités administratives (n = 9; 50,0 %), évaluation par un expert médical et consultation d'un expert médical (n = 7; 38,9 %) et réalisation du processus de contestation alors qu'ils étaient malades ou blessés (n = 13; 72,2 %). Les entrevues réalisées avec les travailleurs (voir la section suivante) ont permis de recueillir davantage d'information sur la nature de ces difficultés.

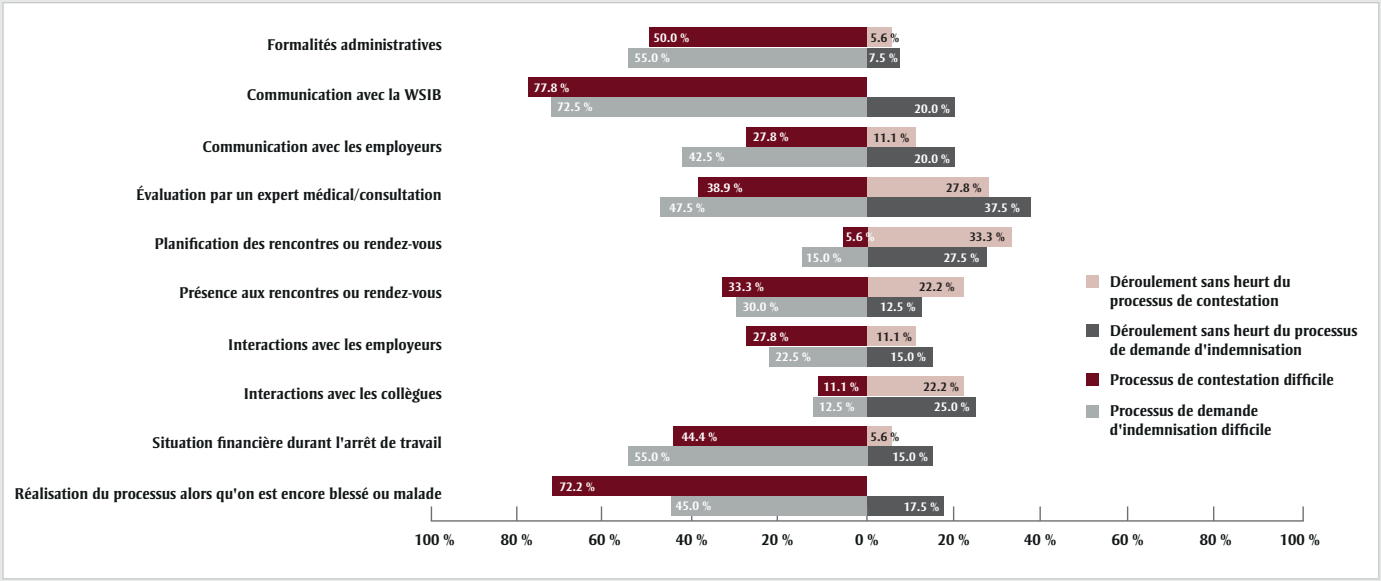
Les travailleurs devaient indiquer s'ils avaient eu recours à des services de soutien communautaire autres que ceux offerts par la WSIB lors des processus de demande et de contestation auprès de la WSIB. Certains travailleurs (n = 16; 40,0 %) ont indiqué avoir eu recours à des services de soutien durant leurs démarches, notamment à des services psychologiques et juridiques, des programmes de gestion de la douleur chronique, des services d'emploi, des groupes de travailleurs blessés, des programmes d'aide aux employés, des banques alimentaires, des lignes d'écoute téléphonique, des services de transport, des services de supplément du revenu et le Bureau des conseillers des travailleurs (les nombres et les pourcentages ne sont pas indiqués en raison des faibles effectifs). Parmi les travailleurs (n = 16) qui ont eu accès à des services de soutien, la majorité (n = 14; 87,5 %) les a décrits comme ayant été « très » ou « extrêmement » utiles.

Entrevues

Les travailleurs et les fournisseurs de services du Nord-Ouest de l'Ontario ont mentionné quels facteurs systémiques ont eu une incidence positive et quels facteurs une incidence négative sur leur demande d'indemnisation présentée à la WSIB et leur contestation auprès de la WSIB, certains de ces facteurs étant spécifiques à la WSIB et d'autres s'appliquant au système dans son ensemble. Des citations illustrant les divers thèmes et catégories abordés sont présentées dans le tableau 3.

Les travailleurs ont mentionné comme facteurs de protection (facteurs positifs ou qui améliorent l'expérience) principalement 1) un accès à des services adéquats (par exemple, en psychologie), 2) l'introduction récente du portail en ligne de la WSIB pour la coordination et le dépôt des demandes d'indemnisation et des contestations et 3) la transparence de la WSIB

FIGURE 2
Volets des processus de la WSIB qui se sont déroulés sans heurt et de ceux qui ont été difficiles, selon les travailleurs blessés et malades, ville et district de Thunder Bay (Ontario, Canada), novembre 2020 à mars 2021



Abréviation : WSIB, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

Remarque : Les pourcentages (%) représentent la fréquence des réponses pour les 40 travailleurs blessés ayant parlé de leur expérience de présentation d'une demande d'indemnisation et pour un sous-ensemble de 18 travailleurs blessés qui ont contesté la décision concernant leur demande d'indemnisation.

TABLEAU 3
Description des difficultés et des facteurs de protection associés aux processus de la WSIB, selon les travailleurs blessés et malades et les fournisseurs de services, ville et district de Thunder Bay (Ontario, Canada), novembre 2020 à mars 2021

Thème	Catégorie	Exemples de témoignages
Facteurs de protection	Accès à des services adéquats (par ex. en psychologie)	« J'ai eu la chance que mon psychologue continue de m'offrir son aide sur une base *pro bono*. Je dirais que ce sont mon infirmière praticienne et mon psychologue qui m'ont été les plus utiles. » – **TB 4**
		« Je dois reconnaître le financement accordé pour des services de psychologue. Je ne pourrai jamais les remercier assez pour cela. » – **TB 12**
	Introduction d'un portail en ligne	« J'ai vraiment aimé pouvoir utiliser le service en ligne pour soumettre des questions. Le système permet d'indiquer l'heure à laquelle vous préférez qu'on vous appelle. Je trouve ce système génial, parce que j'ai trois emplois. Parfois, c'est bien de pouvoir indiquer, par exemple, de ne pas m'appeler avant 17 heures, parce que je suis au travail et que je ne peux pas répondre au téléphone. Je crois aussi que c'est très utile d'avoir ce genre de renseignements par écrit, parce que, comme je viens du milieu syndical… On peut soumettre des documents et en avoir une copie, ainsi qu'une copie de la réponse, si quelque chose devait se produire. » – **TB 10**
		« Eh bien, certainement les changements apportés qui permettent de transmettre les demandes d'indemnisation par voie électronique; auparavant, les demandes pouvaient seulement être envoyées par courrier ou par télécopieur. Ils ont maintenant mis en place un système de déclaration électronique. Et, vous savez, ils offrent aussi un système de courriel sécurisé. Ils n'avaient jamais offert cela auparavant. Une des premières fois où j'ai parlé à cette collègue, je lui ai dit, vous savez, plutôt que vous m'appeliez, ou que je vous appelle – parce que nous nous étions parlé par répondeur interposé pendant un certain temps. Et en mai dernier, j'ai dit ce serait bien, vous savez, si je pouvais simplement vous envoyer un courriel à la place… Elle m'a dit, justement, oui, nous travaillons là-dessus. Puis elle a ajouté qu'ils devaient s'assurer d'avoir un système sécurisé. Je le lui ai demandé probablement en avril. Et puis, finalement, ils ont mis en place ce système. C'était une très, très bonne chose. » – **TB 16**
	Transparence de la WSIB	« J'ai trouvé que la spécialiste du retour au travail de la WSIB était, comment dire, je l'ai trouvée géniale. Elle m'a beaucoup aidé. Ses interventions étaient pertinentes, elle m'a fourni des renseignements, entre autres. » – **TB 4**
Facteurs de risque spécifiques au système de la WSIB	Coordination des soins et planification du traitement	« Beaucoup de fournisseurs de services ne comprennent pas la WSIB et beaucoup d'entre eux ne veulent pas faire affaire avec la WSIB, parce que la WSIB a, dans certains cas, de grands objectifs généraux qu'elle impose aux médecins. » – **TB 7**
		« Un travailleur m'a dit, alors que je n'étais pas prêt à reprendre le travail parce que je n'avais même pas encore vu mon spécialiste, il m'a dit que mes prestations seraient coupées si je ne retournais pas au travail tout de suite. Je me suis donc senti forcé de retourner, même si je n'étais pas prêt, ce qui a aggravé ma situation. » – **TB 1**
		« Je n'ai pas encore consulté un neurologue ou mon médecin de famille, mais la WSIB a déjà établi un plan. J'ai réagi en me disant un instant. Comment pouvez-vous prendre toutes ces décisions sans parler à des médecins? » – **TB 9**
	Communications	« C'est toujours le même processus. Vous appelez, on vous met en attente, vous parlez au service à la clientèle, qui vous transfère à votre gestionnaire de cas, qui ne répond pas; vous laissez un message sur sa boîte vocale, mais votre gestionnaire ne vous rappelle jamais; vous le rappelez le lendemain, le surlendemain et les jours suivants et devez recommencer le processus du début. Vous demandez ensuite à parler au directeur pour savoir pourquoi votre gestionnaire de cas ne vous rappelle pas dans le délai qu'on vous avait donné. » – **TB 13**
		« Je dirais que c'est surtout un problème de communication. Je pense que la plupart des travailleurs, même ceux dont la demande d'indemnisation a été approuvée, ont vraiment beaucoup de difficulté à parler à quelqu'un au téléphone; je ne cherche pas à dénigrer les gestionnaires de cas ni à dire du mal d'eux, car ils sont eux aussi membres du syndicat, ils font partie du Syndicat canadien de la fonction publique et ils sont surchargés de travail. » – **FS 4**
	Formalités administratives	« Je ne sais pas comment les gens réussissent à suivre le rythme et à satisfaire à certaines exigences, comme les exigences administratives, le courrier. Bien souvent, c'est comme avoir un troisième emploi; votre dossier devient de plus en plus épais à mesure que l'année avance. Et vous devez le tenir à jour, parce que sinon, c'est vous qui, au bout du compte, en paierez le prix. Vous devez être proactif pour que le système fonctionne. Si vous ne faites pas votre travail, vous vous ferez avoir » – **TB 7**
		« C'est à vous de leur prouver que vous avez besoin de ces services et que vous avez besoin que les choses bougent. Il y a eu des mois où j'ai vraiment eu l'impression que c'était, en quelque sorte, comme un travail à plein temps; je devais rester bien au fait de la situation, faire les appels téléphoniques, assurer le suivi, prendre des notes; j'ai créé un carnet qui est rempli d'onglets. Ce carnet, c'est comme ma Bible. » – **TB 4**
		« Si la personne a une lésion cérébrale, des troubles cognitifs, de la difficulté à traiter l'information ou des troubles de mémoire, elle recevra peut-être une lettre ou elle ne comprendra peut-être pas ce que lui demande la WSIB. Elle ne pensera pas à demander de l'aide pour remplir les formulaires, ou bien les formulaires finiront au fond d'un tiroir ou tomberont derrière le réfrigérateur, et la Commission pénalisera la personne pour non-respect des exigences, parce qu'elle n'a pas rempli certains formulaires, sans penser aux difficultés que cela présente pour le travailleur blessé, s'il éprouve de la fatigue, qu'il a une perte cognitive ou a fait une crise épileptique, et que sa mémoire en est d'autant plus compromise, qu'il lui faudra quelques semaines pour se remettre, et qu'une demande peut survenir durant cette période. Et si le travailleur ne se conforme pas, ses prestations [de la WSIB] sont coupées. » – **FS 5**

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Description des difficultés et des facteurs de protection associés aux processus de la WSIB, selon les travailleurs blessés et malades et les fournisseurs de services, ville et district de Thunder Bay (Ontario, Canada), novembre 2020 à mars 2021

Thème	Catégorie	Exemples de témoignages
	Roulement du personnel et continuité des soins	« Je vais vous le dire franchement : je n'ai jamais parlé à la même personne. Dans mon cas particulier, chaque fois que j'ai reçu un appel, c'était d'une personne différente et c'était presque comme s'ils étaient débordés, ce que je peux comprendre. Et ils ne faisaient que transférer mon cas; je dirais que j'ai parlé à environ six personnes différentes. Et personne ne savait vraiment quelle était ma blessure. Par conséquent, chaque fois qu'une personne m'appelait, je devais lui répéter toute mon histoire, avant que la personne passe à l'objet initial de son appel. C'est frustrant, car vous vous retrouvez dans une position où ce n'est pas nécessairement que la personne ne se soucie pas de vous, car ce n'est pas vraiment son travail, mais la personne ne sait pas qui vous êtes. C'est son travail de s'assurer que j'obtiens le soutien dont j'ai besoin. » – **TB 10**
		« L'autre chose, c'est que la WSIB change assez souvent les gestionnaires de cas ou les infirmières-conseils. Donc, si une personne figure sur leur liste depuis longtemps et que la WSIB veut la déplacer, elle commence par changer le gestionnaire de cas ou l'infirmière-conseil, je dirais (mais je ne veux pas qu'on me cite là-dessus) tous les trois ou six mois, afin que le cas soit évalué par quelqu'un qui l'examinera avec un regard neuf, mais aussi quelqu'un qui ne connaîtra pas le contexte puisqu'il n'aura pas lu tout le dossier. » – **FS 1**
	Transparence	« Le principal facteur, c'était de connaître en partie seulement, par exemple, quels sont les taux, mais aussi ce que la WSIB peut vous offrir. Parce que la WSIB n'est pas très ouverte et ne dit pas, nous pouvons faire ceci et cela pour vous; elle ne vous offrira des services que si vous consultez un médecin ou un spécialiste qui sait ce que la WSIB peut offrir et qui, vous savez, vous donnera un papier et vous inscrira dans le programme. Mais oui, c'est difficile de savoir comment avancer dans ce processus et ce que la WSIB devrait et ne devrait pas faire. Car vous ne faites que suivre ce que la WSIB vous dit de faire. » – **TB 13**
		« Vous avancez à tâtons, parce que vous ne savez rien. Du jour au lendemain, vous êtes blessé, vous ne pouvez plus travailler et vous ne savez pas à quoi vous attendre; vous savez ce que je veux dire? Cela ajoute au stress causé par tout le reste. Et voilà que la WSIB vous appelle tous les jours. Et vous ne comprenez pas pourquoi. On ne vous dit rien à ce sujet. » – **TB 10**
		« La WSIB n'informe pas ses cliniciens sur ses processus, ce qui nous aiderait à renseigner nos clients, parce qu'ils sont un peu dans le noir… et cela alimente leur sentiment d'incertitude et d'insécurité et, encore une fois, nuit à leur progrès psychologique, n'est-ce pas? » – **FS 1**
Facteurs de risque s'appliquant au système dans son ensemble	Problèmes d'accès et emplacement	« C'était incroyablement frustrant, parce qu'il y a des limites à ce que vous pouvez faire quand vous vivez dans une ville du Nord qui ne compte qu'un nombre limité de professionnels de la santé. Par exemple, si vous devez aller à la clinique pour une fracture ou chez un chiropraticien, ou si vous devez aller en physiothérapie, vous savez, ces choses-là prennent du temps. Ce n'est pas seulement, vous m'avez appelé hier et vous appelez encore aujourd'hui. Rien n'a changé en 18 heures. » – **TB 10**
		« Il faut souvent une recommandation pour obtenir les services que j'ai quand même reçus. Et si vous ne pouvez pas consulter votre propre médecin pour obtenir cette recommandation, vous êtes laissé à vous-même. Vous savez, j'ai essayé de lire beaucoup et de me renseigner, pour en apprendre davantage sur ce à quoi je devais faire face. En un sens, cela a été une véritable expérience en soi. » – **TB 16**
		« [Quand] j'ai expliqué ma condition préexistante, et que mon spécialiste était à Toronto, alors tout est devenu très compliqué. Il devenait évident qu'il y aurait beaucoup de frais de voyage pour les allers-retours à Toronto, les séjours à l'hôtel, les absences du travail, etc. Ils sont devenus très impolis, très rapidement. » – **TB 1**
		« Ouais, c'était très, très intense. Et ils m'ont obligé à retourner à la salle d'urgence quatre fois pour obtenir d'autres documents du même médecin, parce que mon médecin de famille, ce n'était pas suffisant pour eux. » – **TB 10**
		« Une chose importante que j'ai constatée et sur laquelle je n'ai pas assez insisté, c'est à quel point c'est différent dans le Nord. Pour moi, par exemple, qui suis dans le nord de Kenora, ce qui n'est pas très au nord, mais où l'on est déconnecté du type d'accès aux services centralisés que l'on trouve dans la région urbaine de Toronto. Vous savez, il est toujours important d'expliquer les différences et d'expliquer en quoi les services sont différents, les gens et l'accès sont différents. Le même type de différences s'applique toujours à la WSIB. » – **FS 2**
	Accès à des experts médicaux pour évaluation, consultation ou services	« Ce serait bien si le gouvernement en avait [des experts médicaux], surtout dans le Nord de l'Ontario, où l'accès est assez limité. À Toronto et à Ottawa, et d'autres endroits comme ça, je suis sûr que vous n'avez qu'à sortir de chez vous pour trouver quelqu'un qui connaît le fonctionnement. Mais dans le Nord de l'Ontario, bien des gens sont laissés à eux-mêmes. Il y a une génération plus âgée et une génération plus jeune. Vous savez, [les fournisseurs de services] ne veulent pas vraiment traiter avec la WSIB; je suis sûr que vous avez quelques avocats du travail qui s'occupent de ce genre de questions. » – **TB 7**
		« Quelque chose arrive; ils refusent votre demande, parce qu'il n'y a pas de continuité – c'est le mot important ici – au sein de la WSIB. Ils demandent à voir les examens d'imagerie par résonance magnétique, les comptes rendus des rendez-vous avec le médecin. Ils veulent entendre les transcriptions des médecins, mais la plupart des gens ne le font pas, parce qu'ils n'ont pas le temps, surtout s'ils ont une famille. » – **TB 7**

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Description des difficultés et des facteurs de protection associés aux processus de la WSIB, selon les travailleurs blessés et malades et les fournisseurs de services, ville et district de Thunder Bay (Ontario, Canada), novembre 2020 à mars 2021

Thème	Catégorie	Exemples de témoignages
	Relations entre employeur et syndicat	« J'ai fini par être renvoyé de mon travail dans les deux semaines qui ont suivi [mon appel à la commission du travailpour l'informer que mon lieu de travail n'était pas sécuritaire], ou je soupçonne qu'il s'agissait de représailles, parce que j'ai appelé la commission du travail ou d'autres raisons du genre. Dans le contexte où j'étais déjà blessé… Disons que ça n'a pas aidé. » – **TB 6**
		« Malheureusement, je n'ai pas pu avoir accès à du soutien juridique, parce que mon organisme est syndiqué. Une représentante syndicale m'a aidé au début, mais j'ai ensuite appris, par des courriels privés, que l'organisme l'avait essentiellement forcée d'abandonner mon cas. Ils ont dit que, si elle continuait de m'aider, elle serait congédiée; je n'ai donc pas obtenu, et je n'obtiens toujours pas, d'aide de leur part. Ils n'ont désigné personne pour me représenter. » – **TB 1**
		« Ce qui est pire, c'est que les responsables de mon lieu de travail ont dit à la commission des accidents du travail que je devais sans doute faire semblant, ou que je ne méritais pas un programme sérieux de réadaptation et qu'ils ne voulaient pas en avoir la responsabilité. Ça a été pénible de constater que mon lieu de travail ne me soutenait pas. » – **TB 8**
	Réalisation du processus alors qu'on est encore blessé ou malade	« Chaque jour, lorsque je réussis à parler à quelqu'un, je dois prendre des notes parce que ma mémoire n'est plus ce qu'elle était; je dois le faire parce que je ne garde plus l'information en mémoire comme avant. Il y a eu de longues périodes pendant lesquelles j'étais mentalement incapable de défendre mes droits. Heureusement, j'ai pu compter sur le soutien de membres de ma famille et d'amis formidables, qui m'ont aidé à m'en sortir, et aussi sur mes enfants, bien sûr. Mais j'y repense aujourd'hui et je me demande où j'en serais aujourd'hui si je ne les avais pas eus. » – **TB 4**
		« Je n'ai plus la capacité mentale requise pour essayer de me rappeler quand les choses doivent être faites, comment elles doivent être organisées, le groupe avec lequel je travaille, toutes sortes de gens m'aident à m'organiser. Ma femme n'a tout simplement pas le temps, parce qu'elle me conduit à mes rendez-vous chez le médecin. » – **TB 3**

Abréviations : FS, fournisseur de services; TB, travailleur blessé ou malade; WSIB, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

(cas où les travailleurs savaient exactement ce à quoi s'attendre de la WSIB et quelles procédures suivre).

Les travailleurs ont mentionné comme facteurs de risque (facteurs négatifs ou qui nuisent à l'expérience) spécifiques à la WSIB : 1) problèmes liés à la coordination des soins et à la planification du traitement (dont l'accès aux services et harmonisation des services entre les divers fournisseurs), 2) problèmes de communication (en particulier une difficulté à joindre des représentants de la WSIB), 3) formalités administratives (quantité totale, complexité des documents), 4) roulement du personnel et continuité des soins (devoir répéter des renseignements de base sur la blessure ou la maladie à de nombreux nouveaux intervenants) et 5) transparence (en particulier l'incertitude quant aux étapes du processus et aux exigences à respecter). En outre, ils ont cité des facteurs de risque s'appliquant au système dans son ensemble, dont 6) l'emplacement et la capacité d'accès à des experts médicaux pour les évaluations, les consultations ou les services, 7) les relations entre employeur et syndicat (par exemple des pressions exercées par les employeurs pour que le travailleur retourne au travail alors que ce travail nuisait au rétablissement, ou tensions entre les syndicats et les employeurs) et 8) le fait d'avoir à passer au travers des processus de la WSIB alors qu'on est blessé ou malade (en raison de la complexité des processus et des multiples actions qu'ils requièrent, ce qui prend du temps qui aurait pu être consacré au repos et au rétablissement).

Suggestions d'améliorations

Les travailleurs et les fournisseurs de services ont formulé un certain nombre de suggestions sur les moyens d'améliorer le système de la WSIB et son fonctionnement, à la fois dans son ensemble et dans le contexte plus précis du Nord-Ouest de l'Ontario.

Sondage

Les suggestions formulées par les répondants au sondage sur les moyens d'améliorer les processus de la WSIB visaient notamment à accroître l'accès à des services supplémentaires (n = 15; 35,0 %) tels que des services de counseling ou de psychologie (n = 7; 17,5 %). Les répondants ont aussi mentionné l'accès à des services d'aide juridique, à des spécialistes du traitement de la douleur ou de la réadaptation ainsi qu'à des indemnités d'incapacité (n < 5) comme moyens d'améliorer les services offerts aux travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario.

Sondage et entrevues

Comme les répondants au sondage ont formulé ouvertement des suggestions sur les moyens d'améliorer les processus de la WSIB, nous avons analysé conjointement la transcription des entrevues et les réponses aux questions ouvertes du sondage. Les suggestions des travailleurs blessés et celles des fournisseurs de services sur les moyens d'améliorer les processus de la WSIB étaient étroitement liées et portaient notamment sur les thèmes suivants : 1) ajout d'un intervenant-pivot, indépendant ou intégré au système, pour aider les travailleurs à comprendre les processus de la WSIB et à les utiliser efficacement, 2) une plus grande compassion de la part des employés de la WSIB, 3) de la continuité dans les soins (dont davantage d'occasions de parler à des représentants de la WSIB qui connaissent bien le cas du travailleur), 4) un accès amélioré à des services de soutien – dans le cadre ou non des soins financés par la WSIB – et une meilleure connaissance de ces services, 5) une communication mieux adaptée de la part de la WSIB, 6) certains éléments particuliers à prendre en considération à propos des fournisseurs de services du Nord et de la planification de la relève et (7) de la transparence (renseignements fournis sur les cheminements et les options qui s'offrent aux travailleurs, dont les services disponibles). Le tableau 4

TABLEAU 4
Exemples de suggestions formulées par des travailleurs blessés et malades et des fournisseurs de services de la ville et du district de Thunder Bay en vue d'améliorer l'expérience de la WSIB, par thème, novembre 2020 à mars 2021

Thème	Exemples de citations
Ajout d'un intervenant-pivot indépendant ou intégré au système	« Je crois qu'il devrait y avoir quelqu'un, je ne sais pas comment cela fonctionnerait, mais quelqu'un à qui vous pourriez parler pour toute question concernant le processus, par exemple un gestionnaire des services au personnel, qui connaît tous les aspects des processus de demande d'indemnisation et de contestation de la WSIB. Cette personne pourrait vous aider ou vous conseiller pour remplir les formulaires, vous indiquer quels formulaires sont exigés, vous accompagner dans ces démarches et tout simplement prendre de vos nouvelles. Hum… cela ferait une énorme différence. » – **TB 4**
	« J'aimerais que l'on mette en place, je ne sais même pas comment ça s'appellerait, je suis ici depuis peu de temps, une sorte de lieu où ils pourraient aller pour discuter, pour consulter quelqu'un qui expliquerait le fonctionnement du système. Quelqu'un qui les mettrait en contact avec les ressources dont vous parlez, qui leur présenterait des attentes réalistes sur ce qu'ils peuvent attendre de la WSIB, sur leurs droits, et qui les informerait à ce sujet. Juste quelqu'un qui pourrait, par exemple, leur fournir une sorte de feuille de route leur indiquant ce à quoi ce chapitre de leur vie ressemblera, ou à peu près. » – **FS 1**
Compassion	« J'aimerais juste que la WSIB fasse preuve d'un peu plus de compassion envers les gens. Ces gens traversent une période très stressante. Je sais que chaque cas est différent – certains sont mineurs, d'autres non; parfois la vie du patient est en danger, parfois elle ne l'est pas. Heureusement, dans mon cas, ma vie n'était pas en danger, même s'il y aura des répercussions permanentes sur ma vie, et le fait d'être appelé par un numéro, plutôt que par mon nom, m'a donné l'impression qu'on m'ignorait et que mon cas n'était pas important. » – **TB 1**
	« Aussi qu'on vous traite, vous savez, avec un minimum de respect et de dignité humaine. » – **TB 16**
	« Je crois que toute mesure qui peut aider les gens à avoir davantage l'impression qu'ils sont vus, entendus et pris en compte sera bénéfique pour leur santé mentale. » – **FS 1**
Continuité des soins	« La continuité avec la même personne; je pense que ce serait une bonne chose que d'avoir la possibilité de toujours parler à la même personne lorsque vous demandez de l'aide. » – **TB 11**
	« J'aimerais avoir toujours le même gestionnaire de cas; on vous attribue un gestionnaire de cas dès le début, mais on transfère ensuite votre cas à un autre gestionnaire de cas, puis à un autre. Votre gestionnaire de cas change au fil du temps, et je ne sais pas pourquoi ils font ça. Je crois qu'ils ne veulent pas que vous établissiez des liens avec votre gestionnaire de cas. Je pense simplement qu'ils veulent que ça reste formel, mais lorsque vous êtes à l'aise de parler avec le gestionnaire de cas, c'est beaucoup plus facile d'être franc avec lui et de ne rien lui cacher, et vous n'avez pas peur de dire des choses que vous n'êtes pas censé dire ou vous êtes beaucoup plus clair et plus disposé à fournir les renseignements qu'on vous demande. Il n'y a pas d'intention cachée. » – **TB 7**
Accès amélioré à des services de soutien et meilleure connaissance de ces services	« Ça vous tue. Certaines personnes ont vraiment, vraiment, besoin d'aide pour surmonter leur dépression et elles ont besoin de savoir comment obtenir cette aide. » – **TB 3**
	« J'ai l'impression qu'un programme de gestion du stress ou de l'anxiété aurait probablement été bon pour moi. » – **TB 10**
	« Après la communication initiale, ils ne m'ont fourni aucune information sur les services psychologiques ou physiologiques disponibles. Je crois que mon organisme m'a indiqué que, si je voulais faire appel au programme d'aide aux employés et à leur famille, je pouvais le faire, mais je ne crois pas, et il n'y a aucune mention à ce sujet dans mes notes, que la WSIB m'ait proposé une forme ou une autre de soins supplémentaires. » – **TB 12**
Communications mieux adaptées	« Il ne fait aucun doute qu'ils doivent améliorer leur aptitude à communiquer. Je comprends parfaitement qu'ils ont une lourde charge de travail, et que mon cas n'est pas toujours une priorité. J'en suis très, très, conscient. Mais manquer des occasions de consulter un médecin et espérer que la douleur diminuera, parce qu'ils ne m'ont tout simplement pas rappelé en trois mois, c'est totalement inacceptable. » – **TB 1**
	« Une meilleure communication. » – **TB 13 et 16**
	« Je crois qu'ils pourraient simplifier un peu [les processus de la WSIB]. » – **TB 7**
	« Je crois que de meilleures communications entre le gestionnaire de cas et le psychologue traitant seraient utiles. » – **FS 1**
Éléments particuliers à prendre en considération et planification de la relève pour les fournisseurs du Nord	« Les gens travaillent à la WSIB jusqu'à leur mort, simplement parce qu'il n'y a pas beaucoup de gens pour les remplacer et qu'ils deviennent de véritables experts dans leur domaine. Et les conséquences négatives de la perte de cette personne et de toutes ses connaissances se répercutent sur toute la province. » – **FS 1**
	« Oui, il est certain que des personnes de l'extérieur de Thunder Bay ont été dirigées vers moi, mais j'ai cessé d'en prendre pendant un certain temps, parce que c'était beaucoup de travail. » – **FS 2**

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Exemples de suggestions formulées par des travailleurs blessés et malades et des fournisseurs de services de la ville et du district de Thunder Bay en vue d'améliorer l'expérience de la WSIB, par thème, novembre 2020 à mars 2021

Thème	Exemples de citations
Transparence	« Je crois qu'ils devraient établir très clairement dès le départ qu'ils ne travaillent pas pour moi, mais pour la Commission. Je ne le savais pas parce que, comme je l'ai dit, je n'avais jamais eu affaire à la WSIB auparavant. Je croyais que c'était mon assurance, qu'ils étaient là pour me couvrir et qu'ils étaient de mon côté, mais j'ai découvert très, très rapidement que ce n'était pas le cas. » – **TB 1**
	« La WSIB se rendrait probablement un énorme service si elle entrait d'abord en contact avec le consommateur, c'est-à-dire le travailleur blessé. Si elle expliquait dès le départ aux gens que le processus pourrait prendre des mois et des mois de leur temps et de leur vie, et qu'ils vivront une situation très difficile. Mais pour une raison que j'ignore, il semble y avoir cette prédisposition de leur part à présumer que les gens savent ce qui se passe dans ce processus bureaucratique interne, qui se présente en fait comme un véritable rideau de fer. Vous n'avez aucune idée de ce qui se passe. Et ils ne vous expliquent rien. Alors, je crois que, dans un monde idéal, ma suggestion serait qu'ils offrent certains services de base à la clientèle et qu'ils guident les gens durant les premières étapes. » – **TB 12**
	« En tant que travailleur blessé, vous ne savez vraiment pas ce que l'on attend de vous. » – **TB 16**
	« Je pense qu'il faudrait améliorer la clarté et la cohérence des processus. Hum… au moins, établir un processus représentatif cohérent, afin que vous sachiez quand vous dérogez de la procédure et que vous puissiez expliquer pourquoi vous vous écartez de la procédure. Je pense qu'ils doivent aussi clarifier les rôles. Pour qu'il existe une certaine clarté quant au rôle que vous devez jouer lorsqu'on vous demande d'exprimer votre opinion, en fonction de votre petit domaine d'expertise; en réalité, votre opinion exerce une grande influence sur la décision qui est prise. Aussi, avoir une sorte de boucle de rétroaction afin que, dans le cas contraire, l'information soit communiquée, de préférence non pas par le client. Je me demande si ce que vous essayez de faire, c'est de tenter de donner du pouvoir au client et de l'amener à assumer la responsabilité. » – **FS 3**

Abréviations : FS, fournisseur de services; TB, travailleur blessé ou malade; WSIB, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

présente des citations qui illustrent ces différents thèmes.

Analyse

Bien que les systèmes d'indemnisation des accidents du travail, comme la WSIB, soient conçus pour réduire les préjudices financiers et favoriser le rétablissement et le retour au travail[5], les recherches montrent que les travailleurs blessés affichent dans l'ensemble une santé physique et mentale médiocre et de piètres résultats professionnels[21-26]. Dans le cadre de notre étude, des travailleurs blessés et des fournisseurs de services du Nord-Ouest de l'Ontario ont décrit l'éventail des répercussions que l'accident du travail avait eues, ainsi que la manière dont le système d'indemnisation des accidents du travail avait aussi joué un rôle sur la blessure, la maladie et le rétablissement. Ils ont également formulé des suggestions en vue d'améliorer le système destiné à soutenir les travailleurs.

Les travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario qui ont participé à cette étude ont décrit le large éventail d'effets négatifs que leur blessure ou leur maladie a eus, notamment sur leur bien-être psychologique, physique, social[21-29], financier[30] et professionnel[31] et leurs loisirs[30]. Ces résultats concordent avec des recherches antérieures menées chez des travailleurs ailleurs dans la province. Notre étude a notamment mis en évidence le taux élevé de détresse psychologique chez les travailleurs blessés, la plupart des répondants au sondage ayant déclaré que leur accident du travail avait « beaucoup » ou « complètement » changé leur vie.

L'une des principales conclusions de notre étude est que les travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario ont clairement indiqué que leur participation aux processus d'indemnisation des travailleurs et de contestation avait accru ces effets négatifs. De fait, plus de la moitié des participants à notre étude ont qualifié les processus de demande d'indemnisation et de contestation d'extrêmement ou de très stressants. Ces résultats concordent avec ceux de recherches menées ailleurs dans la province, qui montrent que les travailleurs blessés qui ont recours aux systèmes d'indemnisation des accidents du travail font état de niveaux de stress considérables et risquent davantage de présenter des problèmes de santé mentale persistants que les travailleurs qui n'ont pas été blessés au travail et que la population générale[32,33]. Les travailleurs blessés et les fournisseurs de services ont mentionné plusieurs volets des processus de demande d'indemnisation ou de contestation susceptibles de contribuer à une expérience négative de ces processus. Nous les détaillons ci-dessous.

Les travailleurs blessés qui ont participé à cette étude ont décrit les effets précis que les processus de la WSIB avaient eus sur leur santé mentale, mentionnant notamment des sentiments d'impuissance, de désespoir, de honte, de culpabilité, de frustration et de colère, la répétition du traumatisme, l'anxiété et l'insécurité financières et professionnelles, la perte d'identité professionnelle, l'isolement social, l'instabilité des rôles familiaux et les conflits familiaux. Ces résultats corroborent ceux de recherches antérieures ayant souligné les écarts de pouvoir entre les demandeurs et le système d'indemnisation des accidents du travail, et cela renforce les déclarations d'autres travailleurs blessés concernant la délégitimation, la coercition et la stigmatisation exercées par certains intervenants du système d'indemnisation[4,34,35] ailleurs au Canada. Ces effets sur la santé mentale décrits par les participants corroborent également les résultats d'études antérieures sur des travailleurs blessés ayant décrit les sentiments de frustration, d'impuissance et de désespoir résultant d'expériences de confrontation et d'un traitement injuste en matière d'indemnisation des travailleurs[3,34-38], ainsi que les effets négatifs que ces processus et expériences ont eus sur les plans de carrière, les loisirs, l'engagement communautaire, la situation financière et la santé mentale des demandeurs[30,31,36,38-40].

Nous avons par ailleurs obtenu des données probantes très préliminaires indiquant que le stress causé par les demandes d'indemnisation et les contestations variait selon les groupes. Nous avons notamment constaté que le fait de présenter une incapacité permanente à la suite d'un accident du travail était un prédicteur significatif du stress lié aux demandes d'indemnisation. Cette conclusion vient corroborer des recherches antérieures indiquant que les travailleurs qui présentent une incapacité permanente à la suite d'un accident du travail affichent de moins bons résultats que les travailleurs blessés qui se rétablissent complètement et qui retournent au travail et que la population générale[10]. D'autres recherches devront être menées auprès de plus vastes échantillons pour déterminer et confirmer d'autres sous-groupes de personnes du Nord-Ouest de l'Ontario et d'ailleurs (par exemple des personnes à plus faible revenu avant la blessure, des personnes apprenant l'anglais), sur qui les processus d'indemnisation et de contestation risquent d'avoir des effets négatifs en matière de santé mentale. Si les résultats peuvent être reproduits, la prise en compte d'éléments particuliers (dont un soutien accru pour la gestion du stress et des attentes différentes en matière de remplacement du revenu pour les travailleurs incapables de retourner dans leur milieu de travail en occupant les mêmes fonctions) pourrait être bénéfique pour les travailleurs qui ont recours à la WSIB.

Bien que notre échantillon ait été limité aux travailleurs et aux fournisseurs de services du Nord-Ouest de l'Ontario, de nombreux points du processus de demande d'indemnisation qui ont été qualifiés de difficiles par les demandeurs et les fournisseurs de services correspondaient à ceux mentionnés dans des recherches antérieures menées ailleurs dans la province. Parmi ces points, mentionnons les problèmes liés à la coordination des soins et à la planification du traitement[38,41-44], les problèmes de communication[38,45], les formalités administratives[34,40], le roulement du personnel et le manque de continuité des soins[35,38,46] et le manque de transparence[34,38,47]. Comme on pouvait s'y attendre, la participation au processus de contestation a eu des effets négatifs sur les rapports entre les travailleurs blessés et la WSIB : les personnes interviewées et les répondants au sondage ont déclaré que le caractère antagoniste de leurs contestations n'avait fait qu'accroître l'insatisfaction envers des volets déjà difficiles du processus de contestation de la WSIB. Bien que ces thèmes ne soient pas nouveaux pour les travailleurs qui ont recours à la WSIB, notre étude est la première, à notre connaissance, à prouver que ces problèmes sont structurels dans les petites communautés rurales de l'ensemble du Nord-Ouest de l'Ontario.

Par ailleurs, un point essentiel – qui montre l'importance de notre travail dans son ensemble – est le fait que nous avons pu expliciter quels facteurs de risque (facteurs négatifs ou qui nuisent à l'expérience) étaient spécifiques aux travailleurs du Nord-Ouest de l'Ontario qui demandent une indemnisation à la WSIB. Notamment, nous avons facilement établi un lien entre plusieurs problèmes spécifiques à la région et des problèmes anticipés d'accès aux services, notamment à des services juridiques, sociaux et de santé. Plus précisément, certains problèmes endémiques bien connus, liés à la prestation des services de santé dans le Nord, comme le nombre insuffisant de fournisseurs pour répondre aux besoins de la population, ont clairement eu une incidence sur les travailleurs blessés de notre étude. Il est important de noter que les problèmes liés à un accès insuffisant ou inexistant à des services de soins primaires ont eu des effets en cascade sur les travailleurs, car ce sont les prestataires de soins primaires qui évaluent le besoin pour le travailleur de consulter un spécialiste, qui le dirigent vers ce dernier et qui planifient et coordonnent les évaluations et les soins. L'accès limité à des spécialistes est un autre problème qui a été souligné, notamment les longues listes d'attente pour avoir accès à un spécialiste dans la région, ou encore les coûts, la logistique et le temps de déplacement requis pour obtenir une évaluation ou des soins, alors que le travailleur est malade et a des responsabilités familiales. Les déplacements de plusieurs travailleurs qui ont participé à cette étude ont également été restreints par la pandémie de COVID-19, ce qui a retardé encore plus leur accès à des évaluations et à des soins. Des problèmes liés aux infrastructures de communication ont été souvent mentionnés par les répondants de notre échantillon, dont un accès limité ou inexistant à des services Internet ou de téléphonie fiables, problèmes vraisemblablement moins fréquents dans les régions plus peuplées de la province. Ces problèmes concordent avec les résultats des recherches qui ont montré les effets négatifs disproportionnés des accidents du travail sur les travailleurs blessés vivant dans des communautés rurales et éloignées, et le manque connexe d'accès aux soins[44,48-51].

Nous avons également documenté les effets culturels régionaux des accidents du travail, dont la perte de matériel permettant de s'adonner à des activités récréatives dans la région. Par exemple, certains travailleurs ont dit avoir perdu le bateau ou la motoneige qui leur servait de moyen de transport et de lien avec leur entourage, parce que leurs prestations de remplacement du revenu étaient insuffisantes. Les politiques qui obligent les personnes à vendre tous leurs biens pour être admissibles à des prestations sont ainsi susceptibles d'avoir des effets négatifs non intentionnels sur le rétablissement global des personnes qui ont un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Enfin, les fournisseurs de services du Nord se sont dits très préoccupés par la planification de la relève, notant que, dans les petites communautés de praticiens, l'ensemble du système de services est touché (et, dans certains cas, peut cesser ses activités) lorsque des personnes, qui sont souvent les seuls fournisseurs de services à la population ou à la région, prennent leur retraite, déménagent ou meurent. Attirer et former des fournisseurs de services locaux pour offrir des services communautaires adaptés à la culture doit être une priorité de la WSIB pour assurer le bon fonctionnement du système dans le Nord.

Les facteurs associés à la manifestation d'une détresse psychologique causée par les processus de demande d'indemnisation et de contestation sont modifiables[52], dans la mesure où la réaction du milieu de travail aux accidents du travail ainsi qu'aux demandes d'indemnisation et aux contestations est modifiable[53,54]. Certaines dimensions des processus de la WSIB qui ont été décrits comme des facteurs de protection pourraient être maintenus et améliorés pour des groupes potentiellement mal desservis, comme l'accès à des services de soutien adéquats (principalement des services juridiques ou psychologiques). Plusieurs travailleurs ont également fait l'apologie de l'introduction récente du portail en ligne de la WSIB pour coordonner le dépôt des demandes d'indemnisation et des contestations, ce

qui fait que, en consultation avec les travailleurs et les fournisseurs, la WSIB pourrait tirer davantage parti de la technologie pour simplifier et améliorer les expériences des travailleurs vivant dans de petites communautés rurales, éloignées ou nordiques.

Les travailleurs et les fournisseurs de services ont également suggéré diverses améliorations :

- désigner des intervenants-pivots indépendants pour aider les travailleurs à comprendre les processus de la WSIB et à les utiliser efficacement;
- encourager les employés de la WSIB à faire preuve d'une plus grande compassion;
- améliorer la continuité des soins (comme la possibilité de parler à des représentants de la WSIB qui connaissent bien le dossier du travailleur);
- améliorer l'accès aux services de soutien et l'information sur les services offerts, qu'ils soient ou non financés par la WSIB;
- faire en sorte que les communications de la WSIB soient mieux adaptées;
- contribuer au perfectionnement de la main-d'œuvre ou à la planification de la relève, en prenant des dispositions particulières pour les fournisseurs de services du Nord et les populations particulières (par exemple par la formation améliorée des fournisseurs de services);
- accroître la transparence au sujet du rôle de la WSIB et des processus de demande d'indemnisation et de contestation en général.

L'objectif principal de toutes ces améliorations est de contribuer à un plus grand bien-être des travailleurs blessés.

Points forts et limites

Bien que notre étude soit, à notre connaissance, la première à décrire les expériences, les répercussions et les besoins en matière de services sociaux dans les petites communautés rurales du Nord-Ouest de l'Ontario, nos résultats doivent être interprétés en tenant compte des limites du plan de recherche.

Il s'agit d'une étude transversale, ce qui signifie que les participants ont fourni simultanément les données sur les facteurs de risque portant sur les conséquences de leur blessure et sur les processus de la WSIB. Il est donc possible que certains de nos résultats présentent un biais de causalité inversée, si des travailleurs ayant subi les effets négatifs de leurs blessures ont par inadvertance attribué certaines expériences liées à leur blessure au système de la WSIB. Notre plan d'étude ne nous a pas non plus donné accès à des renseignements sur la santé mentale des travailleurs avant leur blessure, un facteur qui a pu avoir une influence sur la manière dont les travailleurs ont décrit les répercussions de leurs blessures et les facteurs de risque pendant leurs démarches auprès de la WSIB.

Nous sommes également conscients que la taille de notre échantillon est très petite, bien qu'elle soit conforme à d'autres études publiées et souvent citées sur la WSIB. Par conséquent, nos conclusions pourraient ne pas être représentatives des expériences vécues par l'ensemble des travailleurs et fournisseurs de services du Nord-Ouest de l'Ontario, même si le nombre total de fournisseurs de services dans la région est très restreint[15]. Nous sommes aussi conscients que la puissance de notre évaluation des facteurs de risque est faible : d'autres recherches devront être menées auprès d'un plus vaste échantillon (en utilisant les données existantes de la WSIB par exemple) pour reproduire et étendre nos analyses en matière de détresse ressentie par les travailleurs qui présentent des demandes d'indemnisation ou qui contestent une décision.

Outre sa petite taille, notre échantillon a été limité à des anglophones qui pouvaient communiquer avec les chercheurs par téléphone ou ordinateur. Les expériences des nouveaux immigrants ayant des compétences limitées en anglais, de même que celles de travailleurs très éloignés et de personnes totalement démunies, n'ont pas été pleinement prises en compte dans cette recherche.

Enfin, l'outil de mesure du sondage quantitatif utilisé pour évaluer les expériences des travailleurs blessés à l'égard de la WSIB a été conçu pour l'étude et ne constitue pas une mesure validée des expériences des travailleurs. D'autres recherches devront être menées pour valider nos conclusions et évaluer leur généralisabilité à des échantillons plus vastes de travailleurs et de fournisseurs de services du Nord-Ouest de l'Ontario.

Conclusion

Cette étude fondée sur des méthodes mixtes s'ajoute aux recherches antérieures ayant traité des difficultés des travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario, une zone géographique vaste et à part, où les résultats observés à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont pires qu'ailleurs dans la province. Elle fournit des renseignements nouveaux sur les expériences vécues par les travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario, sur les effets multiplicatifs de leurs blessures ainsi que sur les effets négatifs du système destiné à les soutenir. Ces travailleurs et plusieurs fournisseurs de services qui connaissent bien le système d'indemnisation des accidents du travail de l'Ontario ont proposé des améliorations formulées à partir de leurs perspectives. La WSIB, les décideurs, les chercheurs et d'autres intervenants pourront utiliser les résultats de cette étude pour améliorer les services de soutien qui sont offerts aux travailleurs blessés du Nord-Ouest de l'Ontario, afin de promouvoir une équité quant à la rapidité de leur rétablissement, à l'amélioration de leur bien-être et à leur retour à un travail viable.

Remerciements

Cette recherche a été financée grâce à une subvention accordée à DS et à AK par la Injured Workers Community Legal Clinic de Toronto (Ontario).

Conflits d'intérêts

Déclaration d'intérêt : Mme Scharf offre, dans le cadre de sa pratique en cabinet privé à temps partiel, des services de psychologie à des travailleurs blessés ou malades dont les soins sont payés par la WSIB.

Contributions des auteurs et avis

CN a dirigé la rédaction de l'article et a collaboré à l'analyse et à l'interprétation des données, ainsi qu'à la préparation des figures et du manuscrit. APK a conçu l'étude et collaboré à la rédaction de l'article ainsi qu'à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation des données. JH et JL ont contribué à la conception de l'étude ainsi qu'à la collecte et à l'interprétation

des données. JK a collaboré à la conception de l'étude, à l'interprétation des données et à la rédaction de l'article. DS a dirigé la conception de l'étude et collaboré à la rédaction de l'article ainsi qu'à l'analyse et à l'interprétation des données. Tous les auteurs ont collaboré à la version finale de l'article et l'ont approuvée.

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

Références

1. Ballantyne PJ, Casey R, O'Hagan FT, Vienneau P. Poverty status of worker compensation claimants with permanent impairments. Crit Public Health. 2016;26(2):173-190. https://doi.org/10.1080/09581596.2015.1010485

2. Kosny A, Newnam S, Collie A. Family matters: compensable injury and the effect on family. Disabil Rehabil. 2018;40(8):935-944. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1283450

3. MacEachen E, Kosny A, Ferrier S, Chambers L. The "toxic dose" of system problems: why some injured workers don't return to work as expected. J Occup Rehabil. 2010; 20(3):349-366. https://doi.org/10.1007/s10926-010-9229-5

4. Lippel K, Eakin JM, Holness DL, Howse D. The structure and process of workers' compensation systems and the role of doctors: a comparison of Ontario and Québec. Am J Ind Med. 2016;59(12):1070-1086. https://doi.org/10.1002/ajim.22651

5. Workplace Safety and Insurance Board (WSIB). À notre sujet [Internet]. Toronto (Ont.) : WSIB; 2022 [consultation le 23 mars 2022]. En ligne à : https://www.wsib.ca/fr/notre-sujet

6. Workplace Safety and Insurance Board (WSIB). Statistical supplement to the 2010 annual report. Toronto (Ont.) : WSIB; 2011. En ligne à : https://collections.ola.org/ser/138745/2010.pdf

7. Ontario Network of Injured Workers Groups (ONIWG). McGuinty's choice of WSIB chair called a betrayal of injured workers. [communiqué de presse]. Stoney Creek (Ont.) : ONIWG; 2012. En ligne à : https://injuredworkersonline.org/wp-content/uploads/2017/02/PressR_ONIWG_20120430_WSIBChair.pdf

8. Lancaster J. Ex-cop finally paid $630K in lost wages due to PTSD after years of living in poverty. CBC News [Internet]. 2021, 5 juillet [consultation le 23 mars 2022]. En ligne à : https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ralph-thistle-wsib-toronto-police-1.6088103

9. Mercer G. Claims system for workers with cancer outdated: study. The Globe and Mail [Internet]. 2020, 10 juillet [consultation le 23 mars 2022]. En ligne à : https://www.theglobeandmail.com/canada/article-claims-system-for-workers-with-cancer-outdated-study

10. O'Hagan FT, Ballantyne PJ, Vienneau P. Mental health status of Ontario injured workers with permanent impairments. Can J Public Health. 2012;103(4):e303-e308. https://doi.org/10.1007/BF03404240

11. Carnide N, Franche R-L, Hogg-Johnson S, et al. Course of depressive symptoms following a workplace injury: a 12-month follow-up update. J Occup Rehabil. 2016;25(2):204-215. https://doi.org/10.1007/s10926-015-9604-3

12. Kellezi B, Coupland C, Morriss R, et al. The impact of psychological factors on recovery from injury: a multicentre cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(7):855-866. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1299-z

13. Lin K-H, Shiao JS-C, Guo N-W, et al. Long-term psychological outcome of workers after occupational injury: prevalence and risk factors. J Occup Rehabil. 2014;24(1):1-10. https://doi.org/10.1007/s10926-013-9431-3

14. Centre for Addictions and Mental Health (CAMH). Mental illness and addiction: facts and statistics [Internet]. Toronto (Ont.) : CAMH; 2020 [consultation le 23 mars 2022]. En ligne à : https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics

15. Workplace Safety and Insurance Board (WSIB). Répertoire du réseau de santé mentale communautaire [Internet]. Toronto (Ont.) : WSIB; 2021 [consultation le 30 août 2021]. En ligne à : https://www.wsib.ca/fr/repertoire-du-reseau-sante-mentale-communautaire

16. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications Inc; 2017.

17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

18. Miles MB, Huberman AM, editors. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2nd ed. Thousand Oaks (CA) : SAGE Publications Inc; 1994.

19. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. Int J Qual Methods. 2006; 5(1):80-92. https://doi.org/10.1177/160940690600500107

20. Workplace Safety and Insurance Board (WSIB). By the numbers: 2020 statistical report [Internet]. Toronto (Ont.) : WSIB; 2020 [consultation le 23 mars 2022]. En ligne à : https://www.wsib.ca/en/bythenumbers

21. Orchard C, Carnide N, Smith P, Mustard C. The association between case manager interactions and serious mental illness following a physical workplace injury or illness: a cross-sectional analysis of workers' compensation claimants in Ontario. J Occup Rehabil. 2021;31(4):895-902. https://doi.org/10.1007/s10926-021-09974-7

22. Mason S, Wardrope J, Turpin G, Rowlands A. Outcomes after injury: a comparison of workplace and non-workplace injury. J Trauma. 2002; 53(1):98-103. https://doi.org/10.1097/00005373-200207000-00019

23. Zelle BA, Panzica M, Vogt MT, Sittaro NA, Krettek C, Pape HC. Influence of workers' compensation eligibility upon functional recovery 10 to 28 years after polytrauma. Am J Surg. 2005; 190(1):30-36. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.01.042

24. Harris I, Mulford J, Solomon M, Van Gelder JM, Young J. Association between compensation status and outcome after surgery: a meta-analysis. JAMA. 2005;293(13):1644-1652. https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1644

25. Cheriyan T, Harris B, Cheriyan J, et al. Association between compensation status and outcomes in spine surgery: a meta-analysis of 31 studies. Spine J. 2015;15(12):2564-2573. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.09.033

26. Gu JK, Charles LE, Fekedulegn D, Ma CC, Violanti JM, Andrew ME. Occupational injury and psychological distress among U.S. workers: the National Health Interview Survey, 2004–2016. J Safety Res. 2020;74:207-217. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2020.06.002

27. Bartys S, Frederiksen P, Bendix T, Burton K. System influences on work disability due to low back pain: an international evidence synthesis. Health Policy. 2017;121(8):903-912. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.011

28. Collie A, Sheehan L, Lane TJ, Iles R. Psychological distress in workers' compensation claimants: prevalence, predictors and mental health service use. J Occup Rehabil. 2020;30(2):194-202. https://doi.org/10.1007/s10926-019-09862-1

29. Helliwell JF, Huang H. New measures of the costs of unemployment: evidence from the subjective well-being of 3.3 million Americans. Econ Inq. 2014;52(4):1485-1502. https://doi.org/10.1111/ecin.12093

30. Kirsh B, McKee P. The needs and experiences of injured workers: a participatory research study. Work. 2003; 21(3):221-231.

31. Gewurtz RE, Premji S, Holness DL. The experiences of workers who do not successfully return to work following a work-related injury. Work. 2019;61(4):537-549. https://doi.org/10.3233/WOR-182824

32. Orchard C, Carnide N, Mustard C, Smith PM. Prevalence of serious mental illness and mental health service use after a workplace injury: a longitudinal study of workers' compensation claimants in Victoria, Australia. Occup Environ Med. 2020; 77:185-187. https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105995

33. Kim J. Depression as a psychosocial consequence of occupational injury in the US working population: findings from the medical expenditure panel survey. BMC Public Health. 2013;13:303. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-303

34. Beardwood BA, Kirsh B, Clark NJ. Victims twice over: perceptions and experiences of injured workers. Qual Health Res. 2005;15(1):30-48. https://doi.org/10.1177/1049732304268716

35. Lippel K. Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: a Québec study. Int J Law Psychiatry. 2007;30(4-5):427-443. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.013

36. Murgatroyd DF, Cameron ID, Harris IA. Understanding the effect of compensation on recovery from severe motor vehicle crash injuries: a qualitative study. Inj Prev. 2011;17(4):222-227. https://doi.org/10.1136/ip.2010.029546

37. Pollard WM. Injured teachers' experiences of the Victorian workers' compensation stress claims process: adversarial and alienating. Health Sociol Rev. 2014;23(2):102-112. https://doi.org/10.1080/14461242.2014.11081965

38. Kilgour E, Kosny A, McKenzie D, Collie A. Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: a systematic review of qualitative research literature. J Occup Rehabil. 2015;25(1):160-181. https://doi.org/10.1007/s10926-014-9513-x

39. Sullivan MJ, Thibault P, Simmonds MJ, Milioto M, Cantin A-P, Velly AM. Pain, perceived injustice and the persistence of post-traumatic stress symptoms during the course of rehabilitation for whiplash injuries. Pain. 2009;145(3):325-331. https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.06.031

40. Elbers NA, Akkermans AJ, Lockwood K, Craig A, Cameron ID. Factors that challenge health for people involved in the compensation process following a motor vehicle crash: a longitudinal study. BMC Public Health. 2015;15:339. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1694-5

41. MacEachen E, Ferrier S, Kosny A, Chambers L. A deliberation on 'hurt versus harm' logic in early-return-to-work policy. Policy Pract Health Saf. 2007;5(2):41-62. https://doi.org/10.1080/14774003.2007.11667693

42. Soklaridis S, Ammendolia C, Cassidy D. Looking upstream to understand low back pain and return to work: psychosocial factors as the product of system issues. Soc Sci Med. 2010; 71(9):1557-1566. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.017

43. Hubertsson J, Petersson IF, Arvidsson B, Thorstensson CA. Sickness absence in musculoskeletal disorders - patients' experiences of interactions with the Social Insurance Agency and health care. A qualitative study. BMC Public Health. 2011;11:107. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-107

44. Kilgour E, Kosny A, McKenzie D, Collie A. Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. J Occup Rehabil. 2015;25(1):220-239. https://doi.org/10.1007/s10926-014-9521-x

45. Loisel P, Durand M-J, Baril R, Gervais J, Falardeau M. Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation : perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. J Occup Rehabil. 2005;15(4):581-590. https://doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x

46. Murray M. Fish harvesters with injuries' accounts of their experiences with the workers' compensation system. Work. 2007;28(1):47-56.

47. Cacciacarro L, Kirsh B. Exploring the mental health needs of injured workers. Can J Occup Ther. 2006;73(3): 178-187. https://doi.org/10.1177/000841740607300304

48. Aurbach R. Breaking the web of needless disability. Work. 2014;48(4):591-607. https://doi.org/10.3233/WOR-141913

49. Caruso GM. Biopsychosocial considerations in unnecessary work disability. Psychol Inj Law. 2013;6(3): 164-182. https://doi.org/10.1007/s12207-013-9162-y

50. Collie A, Newnam S, Keleher H, et al. Recovery within injury compensation schemes: a system mapping study. J Occup Rehabil. 2019;29(1):52-63. https://doi.org/10.1007/s10926-018-9764-z

51. Gray SE, Collie A. Comparing time off work after work-related mental health conditions across Australian workers' compensation systems: a retrospective cohort study. Psychiatr Psychol Law. 2018;25(5):675-692. https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1473176

52. Collie A, Sheehan L, Lane TJ, Gray S, Grant G. Injured worker experiences of insurance claim processes and return to work: a national, cross-sectional study. BMC Public Health. 2019;19:927. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7251-x

53. Grant GM, O'Donnell ML, Spittal MJ, Creamer M, Studdert DM. Relationship between stressfulness of claiming for injury compensation and long-term recovery: a prospective cohort study. JAMA Psychiatry. 2014; 71(4):446-453. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4023

54. Elbers NA, Collie A, Hogg-Johnson S, Lippel K, Lockwood K, Cameron ID. Differences in perceived fairness and health outcomes in two injury compensation systems: a comparative study. BMC Public Health. 2016;16: 658. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3331-3

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.7.03f

Recherche originale par méthodes mixtes

« Je vois de la beauté, je vois de l'art, je vois de l'intention, je vois de l'amour. » Résultats d'un programme de jardinage de conception collaborative à l'intention des résidents d'un établissement de soins de longue durée

Shannon Freeman, Ph. D. (1); Davina Banner, Ph. D. (1); Meg Labron, M. Sc. soc. (2); Georgia Betkus, M. Sc. (3); Tim Wood, M. Sc. inf. (1); Erin Branco, R.D., B. Sc. (avec spécialisation) (4); Kelly Skinner, Ph. D. (5)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Être en harmonie avec la nature constitue pour beaucoup de monde une occupation enrichissante. Or les résidents d'établissements de soins de longue durée ont souvent à surmonter des obstacles s'ils désirent aller dehors et participer à des activités en nature. En réponse aux besoins exprimés par nos partenaires résidents d'établissements de soins de longue durée, nous avons étudié la faisabilité et les bienfaits d'un programme de culture hydroponique et de jardinage en jardins surélevés conçu de façon collaborative.

Méthodologie. En 2019, notre équipe composée de chercheurs ainsi que de résidents et de membres du personnel d'un établissement de soins de longue durée a conçu et mis en œuvre un programme pilote de culture hydroponique et de jardinage en jardins surélevés d'une durée de quatre mois, qui comportait en outre un volet éducatif et des activités. Les rétroactions des résidents et du personnel de l'établissement de soins de longue durée ont été recueillies au moyen de sondages (N = 23 participants au début de l'étude; N = 23 lors du suivi), de cinq groupes de discussion (N = 19 participants, soit n = 10 membres du personnel et n = 9 résidents) et de la méthode photovoix (N = 5 participants). L'équipe de recherche s'est servie d'une méthode descriptive qualitative pour analyser les transcriptions des groupes de discussion et obtenir ainsi un compte rendu riche des expériences des participants en contexte réel. L'équipe a également produit des statistiques descriptives.

Résultats. Même si la plupart des résidents ont indiqué préférer aller dehors (91 %), peu d'entre eux ont déclaré le faire tous les jours (30 %). Les participants au programme ont exprimé leur joie à pouvoir interagir avec la nature et regarder les plantes croître. Les analyses des données obtenues des groupes de discussion ont permis de dégager les thèmes suivants : découverte de sens; formation de liens avec les autres par un apprentissage constant; répercussions sur la santé mentale et le bien-être; occasions de se remémorer des souvenirs; reflet de sa vie dans les activités de jardinage; bienfaits pour le personnel et enfin désir que le programme se poursuive.

Conclusion. La participation aux activités de jardinage, qu'elle ait été active ou passive, a eu des répercussions bénéfiques chez des résidents ayant des capacités diverses. Le programme a favorisé les discussions et l'établissement de liens et a permis d'accroître les interactions, ce qui est susceptible de contribuer à réduire l'isolement social. Les programmes de jardinage devraient être considérés comme une option efficace et réalisable pour favoriser la socialisation, la santé et le bien-être.

Points saillants

- L'intégration d'interventions axées sur la nature, comme la culture hydroponique ou le jardinage en jardins surélevés, est tout à fait envisageable dans les établissements de soins de longue durée et peut favoriser à la fois la participation active et inclusive des résidents et des échanges intéressants entre les résidents et le personnel de l'établissement.
- La participation aux activités de jardinage a augmenté les occasions d'implication sociale et de création de liens et a favorisé la réduction de l'isolement social.
- L'installation de jardins surélevés et de jardins hydroponiques dans une zone de fort passage, disposant de places assises et accessible aux personnes qui se déplacent en fauteuil roulant ou avec un dispositif d'aide à la mobilité, a favorisé l'inclusion, tous les résidents pouvant participer aux activités.
- La mise en œuvre et la viabilité du programme et des activités de jardinage nécessitent la collaboration de nombreux intervenants.

Rattachement des auteurs :

1. École des sciences infirmières, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Prince George (Colombie-Britannique), Canada
2. École de travail social, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Prince George (Colombie-Britannique), Canada
3. École des sciences de la santé, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Prince George (Colombie-Britannique), Canada
4. Northern Health Authority, Prince George (Colombie-Britannique), Canada
5. École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada

Correspondance : Shannon Freeman, École des sciences infirmières, Université du Nord de la Colombie-Britannique, 3333, University Way, Prince George (Colombie-Britannique) V2N 4Z9; tél. : 250-960-5154; courriel : shannon.freeman@unbc.ca

Mots-clés : *isolement social, solitude, aînés, vieillesse, photovoix, qualitatif, création collaborative, participation, jardinage*

Introduction

L'isolement social et la solitude dans les établissements de soins de longue durée au Canada ont atteint une dimension épidémique[1]. Les personnes qui souffrent d'isolement social (c'est-à-dire qui sont déconnectées socialement, ayant seulement de rares et courtes interactions avec les autres) et de solitude (c'est-à-dire qui ont la perception subjective d'une insuffisance de relations sociales) forment l'un des groupes sociaux les plus vulnérables de la société canadienne[2-4]. Environ 12 % des Canadiens de 65 ans et plus déclarent souffrir d'isolement social et 24 % disent participer à peu d'activités sociales, qu'elles relèvent des loisirs, du sport, du bénévolat ou de rencontres entre amis[5]. Même si l'isolement social et la solitude sont deux notions distinctes, il importe de les prendre en compte simultanément lorsqu'on veut comprendre le contexte social des aînés[3], car les personnes qui vivent à la fois de l'isolement social et de la solitude sont plus susceptibles d'éprouver de la détresse psychologique et d'avoir un réseau de soutien social insuffisant[4].

En raison de l'amélioration des services de soins de santé et de l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de Canadiens qui vivent plus longtemps tout en souffrant de plusieurs maladies continue de croître[6,7]. Même si la plupart des gens, y compris ceux ayant besoin de soins complexes, préfèrent vivre de façon autonome au sein de la collectivité, l'admission dans un établissement de soins de longue durée peut s'avérer indispensable si le niveau de soins dont une personne a besoin dépasse les capacités du réseau de soutien personnel et communautaire dont elle dispose[8]. De plus en plus, les établissements de soins de longue durée deviennent ainsi des lieux où les personnes atteintes de déficiences physiques et cognitives sévères reçoivent des soins jusqu'à leur décès[8].

Le déménagement dans un établissement de soins de longue durée peut avoir comme effet de séparer une personne de ses amis, de sa famille et de son entourage, et le fait de se retrouver dans un contexte peu familier peut nuire considérablement aux capacités de la personne à former de nouvelles amitiés et à participer à des activités. Dans les établissements de soins de longue durée, les facteurs de risque d'isolement social sont d'ordres individuel (entraves à la communication, déficience cognitive, etc.), systémique (lieu où est situé l'établissement de soins de longue durée, disponibilité du personnel, type de services offerts, etc.) et structurel (caractéristiques sociales et physiques et conception de l'établissement de soins de longue durée, espaces privés ou communs, etc.)[9]. Dans ce contexte, l'isolement social et la solitude peuvent contribuer à altérer la santé et le bien-être des aînés[2,4,10,11], l'absence de réseaux sociaux étant associée à un déclin cognitif et à une hausse du risque de dépression, d'anxiété et de décès[2,12,13]. Les résidents des établissements de soins de longue durée sont en outre susceptibles de ressentir de la solitude ou de l'isolement même s'ils côtoient quotidiennement d'autres personnes et qu'ils ont des contacts réguliers avec le personnel et les autres usagers lors des repas.

De plus en plus, on s'attend à ce que non seulement les établissements de soins de longue durée fournissent des services de soutien personnel et de soutien en matière de soins de santé, mais également qu'ils offrent des soins axés sur la personne et organisent des activités favorisant la participation constructive et la qualité de vie des populations résidentes, le tout à l'aide de ressources limitées. Le fait de devoir répondre aux besoins individuels de résidents ayant des capacités et des besoins très variés (résidents autonomes qui nécessitent des soins minimes à résidents atteints de déficiences sévères, très peu autonomes) apporte son lot de défis spécifiques. La mise en œuvre d'une approche universelle pour la planification des activités physiques, sociales et récréatives dans les établissements de soins de longue durée[14] n'est pas la solution idéale puisque la perception de ce qui constitue une activité enrichissante diffère considérablement d'une personne à l'autre. Organiser les activités en fonction des préférences personnelles des résidents peut leur apporter un sentiment de contrôle, de responsabilisation et d'autonomie et améliorer leur qualité de vie[15]. Une démarche axée sur la personne permet d'aider les gens à participer à des activités qu'ils considèrent comme enrichissantes et utiles, ce qui améliore leur santé, leur bien-être et leur réseau de soutien[16].

En 2018, une résidente d'un établissement de soins de longue durée a confié à une chercheuse de notre équipe son besoin de renouer avec la nature et sa grande envie de participer à des activités de jardinage. Cette personne avait un lien fort avec la nature : elle avait passé sa vie dans une propriété rurale où elle pouvait jardiner et cultiver ses propres aliments. Elle a dit se sentir déconnectée de la nature depuis son arrivée dans l'établissement de soins de longue durée et elle a expliqué à quel point cela avait eu un effet négatif sur sa santé mentale et son bien-être. Aucun programme de jardinage n'était offert dans l'établissement de soins de longue durée à ce moment-là et les occasions de passer du temps à l'extérieur étaient limitées, surtout lors des hivers longs et rudes.

Les rapports de recherche qualitative contemporains indiquent que les aînés éprouvent du plaisir et de la satisfaction lorsqu'ils se retrouvent dans un environnement naturel[17]. Il a été prouvé qu'une augmentation de l'exposition à un environnement naturel est associée à une diminution des problèmes psychologiques chez les aînés[18] et que le jardinage favorise la qualité de vie et la santé globale (en particulier la condition physique et la force, la prévention des chutes, les aptitudes cognitives, la socialisation, la réduction de la douleur et du stress) et améliore l'estime de soi et de la satisfaction à l'égard de la vie[19-23]. Jusqu'à présent, le contact sensoriel des aînés avec la nature a pourtant fait l'objet de peu de recherches[17].

Dans l'optique de répondre au besoin intense et pressant relatif au bien-être mental et psychosocial exprimé par la résidente de l'établissement de soins de longue durée, notre équipe composée de résidents de cet établissement, de diététistes, de chercheurs et de membres du personnel a collaboré pour concevoir un programme pilote de jardinage destiné à offrir aux aînés la possibilité de s'investir de façon significative dans un projet et, potentiellement, leur permettre de réduire leur sentiment d'isolement social et de solitude.

Méthodologie

Lieu de l'étude

Cette étude a eu lieu en 2019 dans un établissement d'aide à la vie autonome et de soins de longue durée de taille

intermédiaire (plus de 100 lits) situé dans une ville de taille moyenne (population de moins de 100 000 habitants) assez géographiquement isolée au nord du pays, dans une province de l'Ouest du Canada. Cet établissement comprenait plusieurs cours extérieures et jardins protégés, mais ces espaces n'étaient pas très utilisés avant le début du programme.

Conception du projet et recherche

Ce projet a été créé de façon collaborative par sept résidents de l'établissement de soins de longue durée, dont quatre avaient lancé un petit club de jardinage, et par des chercheurs, des fournisseurs de soins paramédicaux, la direction des soins infirmiers et des stagiaires.

Avec l'aide d'une assistante de recherche, les membres du club de jardinage ont recueilli de l'information à partir de ressources en ligne, de publications universitaires et d'autres établissements de soins pour savoir si un établissement de soins de longue durée était en mesure d'offrir un programme d'horticulture et de jardinage et, dans l'affirmative, sous quelle forme. D'après leurs recherches, peu de programmes d'horticulture et de jardinage sont offerts dans les établissements de soins de longue durée canadiens : seule une poignée d'établissements offrait un programme de jardinage tout au long de l'année et déclarait disposer de membres du personnel ayant une formation en horticulture thérapeutique. Ils proposaient le plus souvent des activités de jardinage ou en nature plutôt passives, comme des promenades dans la nature et des visites de serres et de jardins en plein air ou encore l'installation de plantes intérieures dans les espaces communs et dans les chambres des résidents.

Planification et conception

Lors de la phase de planification, les résidents ont relevé les difficultés, attribuables à l'altération de leur état de santé et de leurs aptitudes fonctionnelles, qui nuisaient à leur capacité à jardiner. Parmi ces difficultés, des limitations d'ordre physique (incapacité à soulever ou à tenir les outils de jardinage) et des déficiences visuelles et motrices les empêchaient d'aller dehors et de profiter de l'environnement naturel. Les résidents ont notamment indiqué que les troubles de la mobilité et de la marche causés par une mauvaise santé physique constituaient un obstacle à la possibilité de profiter de la nature[24]. Les résidents ont précisé que l'accès à des outils adaptés était nécessaire pour qu'ils puissent participer aux activités de jardinage.

Au terme des premières étapes de planification, quatre jardins surélevés en bois ont été placés dans une cour extérieure de l'établissement de soins de longue durée (figures 1A à 1D) et un jardin hydroponique vertical intérieur a été placé à l'entrée de l'établissement (figure 1E).

Outre les activités pratiques de jardinage, un programme éducatif et des activités complémentaires sur quatre mois ont été offerts aux résidents (voir le tableau 1 pour le calendrier et la liste des activités). Ces activités ont été choisies par les membres du club de jardinage.

À la fête d'ensemencement des jardins qui a eu lieu au début du projet, les résidents, les assistants de recherche et le personnel ont planté des légumes variés (chou frisé, concombre, pois mange-tout, etc.), des fines herbes (aneth, origan, coriandre, etc.) et des fleurs (pensées, violettes, etc.). Ces plants ont été choisis par les membres du club de jardinage.

Les activités de préparation de smoothies et de dégustation de tisanes, dirigées par la diététiste de l'établissement de soins de longue durée (EB) en collaboration avec le personnel responsable des loisirs, ont été organisées de façon à ce que les personnes ayant des problèmes de déglutition (comme la dysphagie) ou des problèmes dentaires puissent participer en toute sécurité.

Outre ces événements officiels, les résidents, les assistants de recherche, les bénévoles et les membres du personnel ont passé de nombreuses heures dans le jardin.

Considérations d'ordre éthique

L'étude a fait l'objet d'une évaluation éthique harmonisée de la recherche (nº H19-01250-A002). Tous les résidents et les membres du personnel de l'établissement de soins de longue durée ont été invités à se servir des espaces de jardinage et à participer aux activités de jardinage, mais ceux qui désiraient participer aux sondages et aux groupes de discussion devaient fournir un consentement éclairé sous forme écrite ou verbale. Le personnel responsable des loisirs a déterminé quels résidents étaient en mesure de fournir ce consentement. De ce fait, le nombre de résidents ayant participé aux activités est plus élevé que le nombre de résidents ayant fourni une rétroaction.

Collecte et analyse des données

Cette étude pilote a été réalisée au moyen d'un modèle de recherche participative à méthodes multiples constitué de sondages descriptifs, de groupes de discussion et utilisant la méthode photovoix. L'équipe a ainsi pu obtenir de l'information sur un problème de santé complexe grâce à une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives participatives. Chaque méthode a permis d'analyser la participation aux activités de jardinage axées sur la nature d'un point de vue spécifique. Conformément à l'approche multiméthode, les résultats ont été intégrés plus tard dans le processus analytique[25]. De plus, les membres de l'équipe, fréquemment présents sur place pour que les résidents puissent leur transmettre leurs observations et fournir une rétroaction sur le processus et les résultats de la recherche, ont pris des notes sur tout ce qui leur était communiqué.

Sondages descriptifs

Au début et à la fin de l'étude, les participants ont rempli de façon anonyme un sondage descriptif qui a permis de recueillir des renseignements généraux (âge, sexe, temps écoulé depuis l'admission dans l'établissement) ainsi que des renseignements sur leur expérience et sur leur intérêt en matière de jardinage. L'équipe s'est servie de l'échelle de dépression gériatrique (EDG-5) pour dépister la dépression chez les participants[26]. Un score de deux ou plus sur l'échelle à cinq points est l'indice d'un état dépressif potentiel.

Les données du sondage ont été utiles pour comprendre les caractéristiques et les points de vue des participants à propos de la dépression et de la solitude. La capacité de l'équipe de recherche à mesurer les variations individuelles du score au fil du temps a été limitée par la petite taille de l'échantillon, ce qui fait que seules des statistiques descriptives relatives aux scores agrégés sont fournies. De plus, comme certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions, le pourcentage associé à une question donnée a été calculé en fonction des participants ayant répondu à cette question.

FIGURES 1A À 1E
Jardins surélevés en bois extérieurs et jardin hydroponique à l'établissement de soins de longue durée

Figure 1A

Figure 1B

Figure 1C

Figure 1D

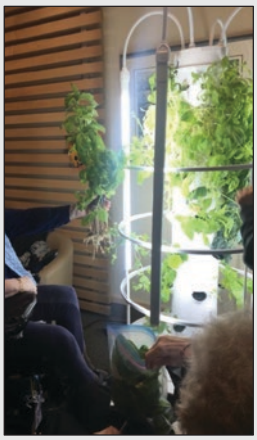


Figure 1E

Figures 1A à 1E : Photos des jardins surélevés extérieurs et du jardin hydroponique.

1A : Jardins surélevés vides dans la cour extérieure avant l'ensemencement.

1B : Vue rapprochée des jardins surélevés dans la cour extérieure au moment de l'ensemencement, où l'on peut voir les différentes tailles des jardins surélevés adaptées pour les personnes debout (à gauche) et les personnes en fauteuil roulant (à droite).

1C : Fête d'ensemencement des jardins surélevés.

1D : Vue rapprochée d'un jardin surélevé ensemencé.

1E : Vue rapprochée du jardin hydroponique vertical.

L'équipe s'est servie de Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corp., Redmond, Washington, États-Unis) pour le calcul des statistiques descriptives (pourcentages de l'échantillon).

Groupes de discussion

Au total, 19 personnes (10 membres du personnel et 9 résidents de l'établissement de soins de longue durée) ont participé aux groupes de discussion (3 groupes pour le personnel et 2 groupes pour les résidents). Les groupes de discussion ont compté entre 4 et 7 participants. Les discussions ont eu lieu sous forme de séances ouvertes qui avaient pour but de recueillir l'opinion des participants et leurs expériences par rapport au projet de jardinage.

L'équipe a eu recours à la méthode de description qualitative développée par Sandelowski[27,28] pour analyser les transcriptions des groupes de discussion. La description qualitative est une méthode souple et pragmatique qui permet de réaliser une étude approfondie des expériences des participants en contexte réel. Elle vise à comprendre un phénomène du point de vue des participants et à produire des descriptions claires du phénomène en demeurant le plus proche possible des formulations des participants.

Les chercheurs ont opté pour une méthode thématique inductive. Ils ont fait un nettoyage des transcriptions (en les modifiant légèrement pour en faciliter la lecture) et en ont vérifié l'exactitude. Par la suite, ils les ont lues attentivement pour se familiariser avec les données, puis ont codé et organisé les mots et les phrases en un guide de codes des thèmes. L'équipe a effectué le codage manuellement. Elle a surligné et codé les segments de texte à l'aide de Microsoft Word 2016 (Microsoft Corp., Redmond, Washington, États-Unis). Au fur et à mesure de l'analyse, les codes ont été regroupés selon les thèmes et des citations les illustrant ont été organisées en fonction du guide de codes. Tout au long du processus d'analyse, l'équipe s'est réunie pour discuter des nouveaux codes et thèmes qui apparaissaient, en vue de les clarifier et de les peaufiner. Cette stratégie a permis de produire un compte rendu riche des expériences des participants, dans des formulations proches de celles qu'ils avaient employées[27,29].

Méthode photovoix

Outre la création des groupes de discussion, l'équipe de recherche a opté pour la méthode photovoix afin d'approfondir les échanges avec les membres du club de jardinage, de créer l'étude en collaboration avec eux et de mettre de l'avant les opinions et les points de vue de ces derniers tout au long du processus[30]. Les images ont un rôle important à jouer : elles encouragent les discussions au sein d'un groupe sur des sujets cruciaux et on peut les montrer aux décideurs[31]. La méthode photovoix est un processus social

TABLEAU 1
Description du programme éducatif et des activités de jardinage

Saison	No de semaine	Activité	Description
Printemps	1	Ensemencement initial	Les semis pour le jardin hydroponique vertical ont été préparés. Le jardin hydroponique vertical a été installé.
	2	Événement d'ouverture – fête d'ensemencement des jardins	Les résidents, le personnel et les membres de l'équipe de recherche se sont réunis pour ensemencer les jardins surélevés extérieurs. Les participants ont planté des graines dans de petits pots pour leur chambre. Les participants ont mangé des desserts glacés.
	3	Présentation sur l'entretien du jardin hydroponique vertical	Des maîtres jardiniers d'un organisme de botanique local sont venus donner une présentation éducative sur le jardinage hydroponique et sur l'entretien du jardin vertical. Les résidents et l'équipe de recherche ont planté les semis dans le jardin hydroponique vertical.
Été	7	Confection de salades	Il y a eu récolte de légumes verts et de fleurs comestibles de la tour hydroponique. Il y a eu récolte de légumes et de germes des jardins surélevés extérieurs. Les membres du club de jardinage ont préparé, partagé et mangé des salades.
	8	Séchage de feuilles et plantes	Les résidents ont récolté des plantes et les ont préparées pour le séchage en prévision de la dégustation de tisanes à l'automne.
	9	Présentation sur l'entretien des plantes d'intérieur	Des maîtres jardiniers d'un organisme de botanique local sont venus donner une présentation éducative sur l'entretien des plantes d'intérieur.
	10	Atelier de confection de jardins de fées	Des jardiniers de la collectivité ont organisé un atelier interactif au cours duquel les résidents ont pu créer de petits jardins de fées pour leur chambre.
	11	Préparation de smoothies	Les participants ont préparé et dégusté des smoothies faits de fruits et de légumes récoltés du jardin hydroponique vertical et des jardins surélevés extérieurs. L'activité était dirigée par une diététiste et par le personnel responsable des loisirs.
	12	Pique-nique estival au jardin	Les membres du club de jardinage ont préparé et dégusté des salades faites à partir de légumes récoltés du jardin hydroponique vertical et des jardins surélevés extérieurs.
	13	Croissance de micro-pousses	Des maîtres jardiniers d'un organisme de botanique local sont venus donner une présentation éducative sur la croissance des micropousses.
	14	Préparation des jardins pour l'hiver	Les participants et l'équipe de recherche ont fait la récolte des fleurs et des plantes restantes. Les jardins surélevés ont été préparés pour l'entreposage hivernal.
Automne	17	Dégustation de tisanes de fin de saison	Les participants au club de jardinage ont présenté le résultat de leur activité photovoix. Les participants ont dégusté une gamme de tisanes faites de feuilles, de fleurs et de plantes séchées récoltées dans le jardin hydroponique vertical et les jardins surélevés extérieurs.

qui favorise la participation citoyenne et dont la capacité à autonomiser les individus [*empower*] a été démontrée[30]. Le recours à la photographie comme moyen d'expression peut s'avérer à la fois formateur et libérateur, particulièrement pour les personnes qui souffrent de problèmes cognitifs.

L'équipe a recruté cinq résidents pour les activités de photovoix. Les participants ont utilisé leur appareil (ou un appareil qui leur a été fourni) pour prendre des photos et documenter leur expérience dans le cadre du projet de jardinage. La plupart des résidents ont été en mesure de prendre des photos de façon autonome et, pour les autres, par souci d'inclusivité et afin que tous puissent participer indépendamment de leurs capacités physiques, un membre de l'équipe de recherche pouvait prendre des photos pour eux s'ils le désiraient.

Les participants ont tous présenté trois ou quatre photos lors de chacun des groupes de discussion. Ils en ont discuté en utilisant le procédé mnémotechnique « SHOWED »[32]. Ce procédé repose sur six questions* : S (*See*) : « Que voyez-vous sur cette photo? »; H (*Happening*) : « Qu'est-ce qui se passe vraiment sur cette photo? »; O (*Our*) : « Comment est-ce lié à notre vie? »; W (*Why*) : « Pourquoi ce problème existe-t-il? »; E (*Empowered*) : Comment pouvons-nous augmenter notre pouvoir d'agir grâce à cela? »; D (*Do*) : « Que pouvons-nous faire à ce sujet? ». Les participants ont fait part de leurs commentaires collectivement, et l'équipe a pris des notes détaillées puis effectué une analyse descriptive.

Résultats

Résultats des sondages descriptifs

Lors de l'événement d'ensemencement des jardins surélevés organisé au début de

* Note de la traduction : Le document suivant a été utilisé pour le choix des termes français de l'article : Fradet L. Guide de la méthode photovoix [Internet]. Laval (QC) : Inex Forma; 2012. En ligne à : https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxyYXBwcmF0aXF1ZXxneDoyZjgwOTZjNDk3ZTYyM2U4

l'étude, 23 résidents (19 femmes; âge moyen : 83,2 ans; intervalle d'âge : 59 à 99 ans) ont répondu au sondage mené. Leur temps écoulé depuis l'admission dans l'établissement variait entre moins d'un an et quatorze ans et, en moyenne, les participants vivaient dans l'établissement depuis trois ans et trois mois. Près des trois quarts des répondants (17 sur 23) ont dit se sentir heureux la plupart du temps et être satisfaits de leur vie. Environ le tiers d'entre eux (8 sur 23) ont déclaré se sentir confiants et indépendants la plupart du temps. Une proportion équivalente de résidents (8 sur 23) ont indiqué se sentir seuls de temps à autre (figure 2).

Plus de la moitié des répondants (11 sur 21) présentaient des signes de dépression (score égal ou supérieur à 2 sur l'échelle de dépression gériatrique) (figure 2). La plupart des répondants (21 sur 23) ont indiqué préférer aller dehors, mais moins du tiers d'entre eux (7 sur 22) ont dit le faire tous les jours (figure 3). Quatre répondants sur cinq (17 sur 21) ont déclaré aimer jardiner. Lorsqu'on leur a demandé quels volets du jardinage ils aimaient le plus, les répondants ont dit qu'ils aimaient voir les plantes passer de petites graines à des plants prêts à être récoltés et qu'ils aimaient pouvoir manger ce qu'ils cultivaient. Ils ont également décrit les bienfaits de l'environnement lors du jardinage, comme le fait d'être à l'extérieur, de profiter de l'air frais et de pouvoir « se salir les mains dans la terre ». Les répondants ont exprimé leur intérêt à participer activement aux activités de jardinage prévues. Ils espéraient travailler la terre, désherber, s'asseoir dans le jardin, observer les plantes pousser et récolter les légumes.

Lors de la dégustation de tisanes de fin de saison, 23 résidents (21 femmes; âge moyen 83,2 ans; intervalle d'âge : 58 à 99 ans) ont rempli le sondage de suivi. Les trois quarts (15 sur 20) ont indiqué se sentir heureux la plupart du temps et être satisfaits de leur vie. La moitié d'entre eux (10 sur 20) ont déclaré se sentir confiants et indépendants la plupart du temps. Le quart des répondants (5 sur 20) ont dit se sentir seuls de temps à autre. Plus de la moitié des répondants (10 sur 19) présentaient des signes de dépression (score égal ou supérieur à 2 sur l'échelle de dépression gériatrique) (figure 2), près de la moitié ont déclaré se sentir impuissants (9 sur 20) et plus du tiers ont dit avoir le sentiment d'être inutiles dans leur situation actuelle (7 sur 19) (figure 2).

Les répondants ont ressenti de la joie et ont trouvé un sens grâce au fait de « se salir les mains », de regarder les plantes pousser, de sortir à l'extérieur, de socialiser et tisser des liens avec les autres et de se remémorer les activités qu'ils faisaient en plein air lorsqu'ils étaient plus jeunes, comme jardiner. Environ la moitié des répondants ont dit avoir discuté des activités du programme de jardinage avec d'autres résidents (11 sur 20) et avec leur famille et amis (10 sur 20). Presque tous les répondants (15 sur 17) espéraient que le programme se poursuive.

Exposition des résultats du projet de photovoix

Lors de la dégustation de tisanes de fin de saison, les participants au projet photovoix ont exposé leurs photos, accompagnées de phrases et de mots associés à ces photos. Le tableau 2 présente des exemples de photos fournis par les participants et leur sens associé.

Analyses des groupes de discussion

Les analyses des données des cinq groupes de discussion (trois avec 10 membres du

FIGURE 2
Autoévaluation de l'humeur et indicateurs de l'échelle de dépression gériatrique au début de l'étude (N = 21) et lors du suivi (N = 19) chez les résidents (en pourcentage)

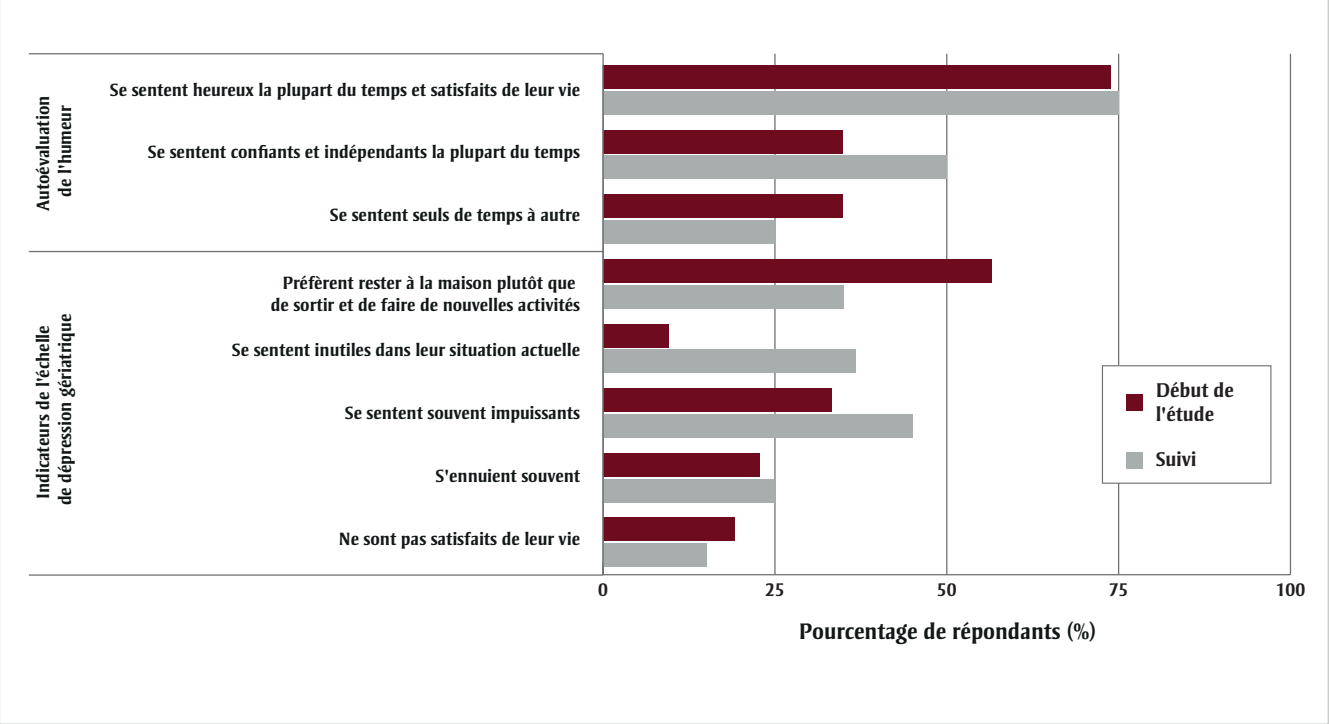
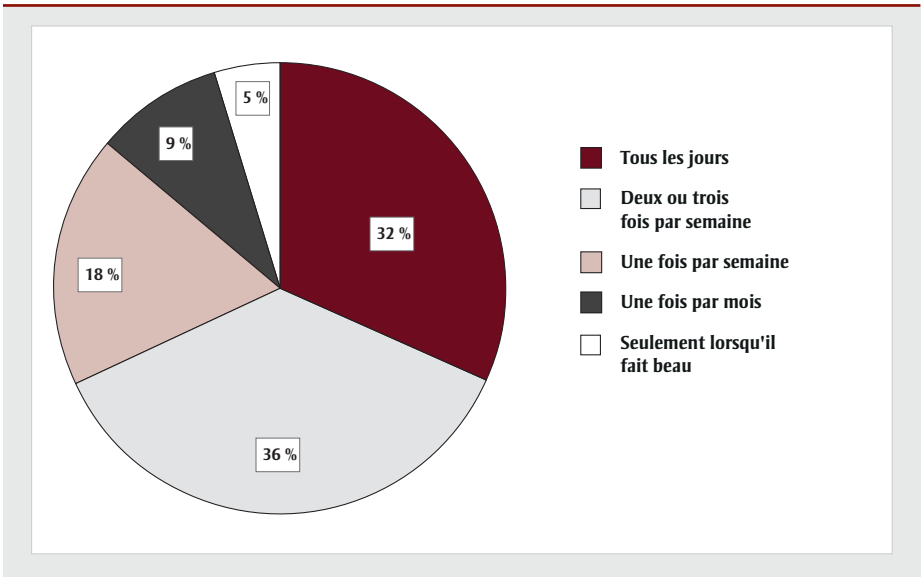


FIGURE 3
Fréquence autodéclarée à laquelle les résidents sortent de l'établissement (en pourcentage) (n = 22)



personnel de l'établissement de soins de longue durée et deux avec 9 résidents) ont permis de dégager sept thèmes : découverte de sens; formation de liens avec les autres par un apprentissage constant; répercussions sur la santé mentale et le bien-être; occasions de se remémorer des souvenirs; reflet de sa vie dans les activités de jardinage; bienfaits pour le personnel et enfin désir que le programme se poursuive.

Découverte de sens

Les résidents ont décrit l'incidence profonde que leur participation au projet de jardinage a eue sur leur vie quotidienne, leur fournissant une raison de se lever le matin et leur offrant la possibilité d'apporter une aide significative aux autres résidents et à la communauté de l'établissement, le tout dans la joie de cultiver et d'entretenir quelque chose qui a grandi et évolué au fil du temps. Les résidents ont dit s'être sentis valorisés par leur participation active aux activités de jardinage. L'un d'entre eux a affirmé : « Ça me donne l'impression d'être utile, de faire quelque chose, d'aider quelqu'un […] ça m'a permis de m'activer et de faire quelque chose au lieu de procrastiner. […] Je sortais tous les jours et je regardais le concombre, ce qui me faisait sortir et me permettait de bien commencer ma journée. » [P1, homme, résident]

Les résidents ont parlé du lien physique créé avec la nature par le jardinage, ce qui leur a donné un sentiment de satisfaction lorsqu'ils se salissaient les mains en travaillant avec la terre. Ils ont également décrit avoir ressenti une sensation de chaleur en voyant leurs graines se transformer en légumes et en fleurs.

> Elles sont si jolies et elles sentent si bon. Vraiment. Tout le monde complimentait mes belles-de-jour, c'était plaisant. Ça rend les autres heureux aussi. C'est tellement agréable de sentir la terre dans ses mains. On se sent bien juste à mettre ses mains dans la terre et la sentir. [P4, femme, résidente]

Les membres du personnel de l'établissement de soins de longue durée ont abondé dans le même sens. Ils disent avoir observé une diminution de l'ennui, une hausse de la motivation et une augmentation du sentiment de connexion, de joie, de fierté et d'appartenance chez les résidents qui ont participé aux activités de jardinage. Le personnel a également affirmé que regarder les plantes croître a procuré aux résidents la joie d'être réellement en contact avec les jardins. Le fait de savoir qu'il y avait des jardins à l'extérieur a incité certains résidents à sortir.

> Je trouve ce programme important pour les résidents, oui. C'est, à mon avis, une bonne occasion pour eux d'être dehors, de participer à des activités […] pensez au nombre de mois dans une année où ils restent à l'intérieur ou qu'ils font des choses sans importance. Je crois que pour plusieurs d'entre nous, vous savez, sortir et faire quelque chose dans la cour ou dans le jardin permet de rompre la monotonie. [P5, homme, membre du personnel]

Le programme de jardinage à l'établissement de soins de longue durée a également cultivé un sentiment de connexion interpersonnelle et de cohésion. Les répondants ont vu la valeur que les jardins ont eue sur la création de liens significatifs entre résidents, entre les résidents et le personnel ainsi qu'entre les résidents et leur famille et amis en visite. De nombreuses personnes ont affirmé que le fait de participer au programme leur a permis de tisser de nouveaux liens et de renforcer les relations déjà existantes.

> C'était une expérience très positive, même juste le fait de les voir dans le jardin avec leur chapeau, en train de regarder les fines herbes. […] Je travaille dans le bureau principal, et je voyais les familles jeter un coup d'œil dehors. Quand le temps était beau et ensoleillé, les familles allaient chercher leur être cher, juste pour marcher ou pour pousser leur fauteuil roulant dans le jardin. Pour moi, c'était, comme vous dites, satisfaisant, et c'était une activité différente pour eux. Ils avaient quelque chose à aller voir, il ne s'agissait pas seulement de regarder une fleur. Ils allaient voir « oh, la laitue a-t-elle poussé? oh, regardez » […] même les discussions entre eux étaient très positives, de ce que j'ai pu observer. [P6, femme, membre du personnel]

Les jardins ont permis des conversations qui n'auraient sans doute pas eu lieu autrement, rapprochant les résidents grâce à un intérêt commun.

> Je sais que les jardins sont déjà la source de beaucoup de conversations. Plusieurs personnes me demandent ce qui se passe. Je connais plusieurs personnes et elles me voient dans le jardin constamment. […] Elles me posent des questions et m'appellent « Monsieur le jardinier ». Ça me donne le sentiment d'avoir accompli quelque chose. Je me sens chez moi. [P1, homme, résident]

TABLEAU 2
Exemples de photos prises par les membres du club de jardinage et description

P8, femme, résidente			
La P8 a dit que cette photo évoquait pour elle la croissance, le processus de passer d'une graine à un légume, et l'atteinte d'un but. Voir « mère Nature à l'œuvre », même pour une courte période, a amené la participante à se sentir reconnaissante : « Nous ne faisions pas n'importe quoi, nous essayions de faire pousser quelque chose de comestible! »	La P8 a pris cette photo deux jours après avoir planté des micropousses de luzerne. Elle a pu remarquer une évolution entre le matin et l'après-midi d'une même journée. Elle nous a fait part de la joie qu'elle a ressentie lorsqu'elle a pris une photo de son projet : « Je la regardais chaque jour, et je savais à quelle vitesse elle poussait. »	La P8 a partagé cette photo d'une nouvelle pousse et d'une ancienne pousse, croissant côte à côte. Être en mesure de faire pousser des plantes extérieures à l'intérieur lui a procuré de la joie et de la fierté. La P8 a souligné que le jardin hydroponique vertical était propre, que c'était un projet auquel tout le monde pouvait participer et permettant de faire pousser des plantes tout au long de l'hiver.	La P8 a pris cette photo d'un papillon qui s'est posé sur son assiette pendant une activité de jardinage extérieur. Alors qu'elle réfléchissait sur la beauté de la photo, la P8 a fait remarquer la similitude entre les légumes et le papillon : « Normalement, nous n'invitons pas les papillons dans notre assiette, mais dans ce cas-ci, c'était très plaisant. » Elle a dit ressentir un grand sentiment de reconnaissance et de stupéfaction à regarder et montrer la photo : « Nous devrions manger plus souvent à l'extérieur et faire davantage de pique-niques! »
P1, homme, résident			
Le concombre sur cette photo inspire au P1 un sentiment d'accomplissement et de vitalité. La boîte de mouchoirs a été placée à côté du concombre pour montrer sa taille. Le P1 a abordé l'importance pour lui d'observer une graine devenir une plante qui est parvenue à produire un gros concombre comestible : « Ça m'a rendu fier de moi. » Ce projet a également constitué pour lui une raison de sortir de sa chambre. Par ailleurs, le P1 a dit que le concombre était un bon moyen d'engager la conversation : « Ça me gardait occupé. Tout le monde me demandait si mon concombre poussait bien. »	Le P1 a décrit la fascination qu'il a ressentie en regardant les plantes grandir, surtout en voyant ce qui peut pousser dans l'eau. Le P1 a expliqué que regarder le jardin hydroponique vertical lui a permis de relaxer et lui a donné une raison de sortir de sa chambre. Le P1 a également mentionné que le fait d'aller regarder le jardin vertical pour constater les changements survenus au cours de la nuit lui donnait un but : « C'est important pour moi ». Le jardin vertical s'est avéré un sujet de conversation intéressant.	Le P1 a expliqué que le jardinage l'a fait se sentir « utile et investi dans la vie ». Il a ajouté que regarder quelque chose pousser lui procurait un sentiment d'importance et que, grâce à ce projet, il sentait qu'il accomplissait quelque chose. Il a mentionné qu'aller voir les plantes était pour lui une activité importante qui « illuminait sa journée ».	En regardant cette photo, le P1 a décrit la force qu'il ressentait lorsqu'il observait le cycle de vie et de croissance des plantes. Il a ajouté avoir eu un sentiment d'accomplissement en tant que responsable de l'arrosage du jardin et a mentionné être fier du succès du projet des jardins surélevés. Le P1 a expliqué que cette photo était la preuve des bienfaits du jardinage et que cette activité lui a permis de « [s]'activer et de faire quelque chose au lieu de procrastiner ».

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Exemples de photos prises par les membres du club de jardinage et description

P4, femme, résidente			
La P4 s'est concentrée sur le sens qu'elle a retiré du fait de « se salir les mains ». La participante a expliqué que la terre et les nutriments représentaient le point de départ pour tout le jardin, qu'ils agissaient comme fondation pour la vie et la croissance. Elle a parlé de ses expériences et des sentiments de plaisir, de joie, de bonheur et d'accomplissement qu'elle a ressentis. La P4 a décrit la beauté et la satisfaction qu'elle a retirées en dépassant ses propres limites, tant par le jardinage que par la prise de photos.	En décrivant cette photo, la P4 a fait part d'une de ses réflexions sur la dévastation à laquelle les plantes doivent parfois faire face et sur le fait que « la plante est toujours en vie et est heureuse ». Elle s'intéressait aux formes que les insectes créent sur les feuilles, et elle a fait un lien entre ces formes et les déceptions et événements stressants qui font partie de la vie. Même si la plante a « traversé beaucoup d'épreuves », la P4 a souligné qu'elle « continue de grandir et d'en sortir gagnante […] et elle garde le sourire ». Pour elle, cette situation est représentative d'une vie qui tire à sa fin et lui inspire un sentiment de gratitude pour cette vie.	La P4 a décrit avec vivacité la beauté et le charme de voir « la rosée qui fait scintiller les feuilles ». Elle a ajouté que les feuilles sont « heureuses », car la rosée leur rend visite si longtemps. Elle a dit trouver cela fascinant et excitant : « C'est attrayant pour moi. »	La P4 a trouvé intéressant de voir le grand système de racines des plantes du jardin hydroponique vertical. Pour elle, les racines symbolisaient la mort, mais pas la tristesse : « Nous suivons le même chemin que celui de la plante; notre vie tire à sa fin. » Elle a parlé de la complexité de la vie des résidents de l'établissement de soins de longue durée et l'a comparée aux longues racines et aux plantes incroyables, chacune arborant des motifs et des formes uniques.

Remarque : Toutes les citations sont des traductions.

Les membres du personnel de l'établissement de soins de longue durée ont expliqué à quel point il était important pour les résidents de sentir qu'ils font partie d'un groupe qui a un but commun et de participer à des conversations et à des activités de groupe : « Ils ressentent un sentiment d'appartenance et d'engagement. Ils sentent qu'ils font partie d'une communauté. Ils se sentent valorisés parce qu'ils peuvent contribuer à quelque chose, même si c'est une petite contribution, à leur manière. » [P5, homme, membre du personnel]

> Je crois qu'ils se disent « Je fais partie de quelque chose », parce que, soyons honnêtes, dans un établissement de soins de longue durée, il ne se passe pas grand-chose, vous savez. Mis à part certains programmes de loisirs. Un grand nombre d'entre eux n'ont pas de famille pour les amener à l'extérieur, alors je crois que, pour eux, participer à un projet de ce genre leur permet de réaliser qu'ils valent plus que ce qu'ils croient. Parce qu'ils font partie de quelque chose. [P6, femme, membre du personnel]

Les résidents participant activement au club de jardinage ont mis des autocollants sur leur porte pour indiquer aux autres qu'ils dirigeaient les activités de jardinage. Ces autocollants ont enclenché des dialogues : « Les autocollants sur leur porte leur donnent une petite dose de fierté, comme s'ils disaient "Je suis membre du club de jardinage!" Quand j'ai demandé à l'une des résidentes ce que l'autocollant signifiait, elle était très fière de me répondre. » [P7, femme, membre du personnel]

Par ailleurs, les résidents ont trouvé que les photos qu'ils avaient prises au cours des activités photovoix étaient utiles pour montrer aux autres résidents, à leur famille et à leurs amis leurs réalisations dans le cadre des activités de jardinage. Prendre des photos et participer aux activités photovoix s'est révélé une expérience nouvelle, qui a constitué un défi.

> […] j'ai beaucoup de bien à dire de ça [du groupe de discussion sur les activités photovoix]. Et prendre des photos. Je ne croyais pas que nous allions faire cela. Nous sommes en train d'apprendre, et tout à coup nous devons prendre des photos. [Nom d'un résident] prend de magnifiques photos, vous savez. Nous repoussons nos limites, et c'est une bonne chose pour nous. À notre âge, nous devons nous forcer à être actifs et à savourer ce que nous avons, ce que nous sommes encore en mesure de faire. En tout cas, c'est important pour moi. [P4, femme, résidente]

Formation de liens avec les autres par un apprentissage constant

Tous les répondants se sont considérés comme en apprentissage toute leur vie durant. Dans le cadre du processus de conception collaborative du programme, les membres du club de jardinage ont manifesté un vif désir de continuer à apprendre sur le jardinage, même si bon nombre d'entre eux avaient jardiné toute leur vie. Ils étaient très enthousiastes à l'idée de discuter avec des maîtres jardiniers de l'extérieur de l'établissement et d'en apprendre davantage sur les particularités du jardinage dans leur région, certains résidents ayant grandi dans d'autres zones géographiques et ayant déménagé dans la ville uniquement pour vivre dans

l'établissement. Cela leur a permis d'avoir des conversations intéressantes sur un sujet d'intérêt commun avec de nouvelles personnes.

> Je trouve que c'est fantastique. Ça nous rassemble : la ville, la société botanique, nous avons pu parler au maire, nous sommes en contact avec tous les jardiniers de [nom de la ville], comme les jardiniers de cet organisme qui sont venus nous présenter toutes sortes de choses. N'est-ce pas merveilleux? [P4, femme, résidente]

Les résidents, en particulier ceux qui ont participé activement aux activités de jardinage, ont profité de l'occasion pour apprendre et essayer de nouvelles choses. Une résidente s'est dite très fière des réalisations de chacun : « Nous nous sommes tous sentis un peu mieux dans notre peau. » [P8, femme, résidente]

> Je suis très fière du résultat. Je suis très fière de nos réalisations au cours de l'année. Je crois que nous avons accompli de grandes choses, et j'en suis très fière. […] Ça élargit nos horizons, c'est enrichissant, et c'est bon pour le cœur de toujours être en mesure de mettre la main à la pâte. [P4, femme, résidente]

Un résident a également affirmé que les photos l'ont aidé à surmonter sa timidité et à se mêler davantage aux autres, ce qui lui a permis de s'ouvrir et de participer aux discussions avec plus de confiance.

> [Les photos] montrent ce que nous faisons, ce que nous réalisons. Elles nous permettent de partager nos accomplissements, je raconte aux autres ce que je fais. Je trouve que c'est plus facile si j'ai une photo à montrer. Je peux parler. Je peux expliquer ce que je fais. C'est plus facile pour moi. […] Oui, j'ai pu rencontrer de nouvelles personnes, car tout le monde me posait des questions. Tout le monde savait que j'étais le jardinier. À la pause-café, je m'assois et je bavarde, et il y a toujours une ou deux personnes qui me demandent comment se porte mon jardin. C'est un projet fantastique. [P1, homme, résident]

Le fait de discuter et d'interagir davantage avec les autres a fait naître chez les résidents un sentiment d'accomplissement, de confiance et de croissance personnelle : « On a le sentiment d'être en mesure de faire quelque chose. Ça fait du bien. Ce n'est vraiment… ce n'est vraiment pas facile de faire pousser des concombres. Ça me faisait tout simplement du bien. Wow. » [P1, homme, résident]

Les résidents se sont sentis motivés et encouragés à se renseigner et à participer concrètement dans le cadre des activités de jardinage, qu'il s'agisse de concevoir de façon collaborative le programme, de décider quoi planter et où dans les jardins surélevés, de faire des recherches en ligne en équipe ou de consulter des experts pour savoir comment éliminer les insectes. Les résidents ont pu réfléchir à l'effet sur leur confiance en eux qu'a eu le fait de trouver des solutions à leurs problèmes et de voir les plantes évoluer. « [Ça nous donne] beaucoup de confiance en nous, le fait que nous avions une idée, que nous l'avons concrétisée et que nous voyons que ça fonctionne, ça fonctionne réellement. » [P4, femme, résidente]

Répercussions sur la santé mentale et le bien-être

Les résidents ont employé toute une gamme d'expressions pour décrire les effets du programme de jardinage et les sentiments que celui-ci a suscités chez eux.

> N'est-ce pas charmant? […] C'était tout simplement magique, vraiment. […] Je vois de la beauté, je vois de l'art, je vois de l'intention, je vois de l'enthousiasme, de l'intérêt. Je vois de l'amour, de la bienveillance. […] Ça m'apporte un sentiment de calme, je me sens bien, j'ai un sentiment de bien-être quand je vais relaxer dans le jardin. Je pense au club de jardinage, je m'y rendais, j'oubliais tout le reste, et je me sentais calme. Simplement aller dans le jardin et regarder autour […], relaxer, tout simplement. [P4, femme, résidente]

Un nuage de mots-clés (figure 4) illustre les 75 termes descriptifs les plus utilisés par les participants. Pour les résidents, le jardin s'est révélé un lieu de bonheur et un endroit parfait pour briser la routine. Les membres du personnel de l'établissement de soins de longue durée ont abondé en ce sens. Ils ont décrit les changements qu'ils ont constatés chez les résidents : « Je crois que c'est un programme bénéfique pour eux, certainement. C'est un projet significatif, et c'est quelque chose qui, comme elle l'a dit, leur donne quelque chose d'excitant à faire tous les jours. » [P5, homme, membre du personnel]

Les résidents participant au club de jardinage ont décrit le programme de jardinage comme une activité « mature » qui les

FIGURE 4
Nuage de mots-clés illustrant les 75 mots les plus fréquemment utilisés par les résidents de l'établissement de soins de longue durée pour décrire le projet de jardinage

Remarque : La taille des mots correspond à leur fréquence d'utilisation : plus la taille de la police d'un mot est grande, plus le mot a été employé.

stimulait sur le plan intellectuel, physique et social. Grâce au volet éducatif du programme et aux rapports créés avec les responsables de jardins communautaires, les résidents n'ont pas simplement participé à une activité ou à un programme : ils ont joué un rôle actif en concevant le programme de façon collaborative, en établissant les priorités et en sélectionnant les composantes du programme d'éducation et d'activités. Les résidents qui ont participé au projet de jardinage étaient très fiers de pouvoir partager leurs expériences et de pouvoir discuter d'égal à égal de leur participation au programme. Par le fait même, la dynamique de pouvoir a changé à mesure que les résidents se sont approprié le projet. Les membres du personnel de l'établissement de soins de longue durée l'ont d'ailleurs remarqué dans leurs interactions avec les résidents :

> [Nom de la résidente], au [numéro de l'étage], elle a vraiment adoré le programme. Elle trouvait que c'était vraiment bien qu'il y ait quelque chose, un programme mature sans être infantilisant. C'était une chose qui était nécessaire et qui, en effet, constitue une activité plus mature. [P7, femme, membre du personnel]

Occasions de se remémorer des souvenirs

Les conversations qui ont eu lieu pendant les activités de jardinage ont poussé les résidents à parler de leur passé. Les résidents ont fait part aux autres de souvenirs de jeunesse positifs liés au jardinage, ainsi qu'à leur famille et à leurs amis. Une participante a raconté de bons souvenirs avec sa mère, du temps où elles jardinaient ensemble. Une autre participante a décrit son ancienne maison et son ancien jardin comme si nous y étions :

> Ça fait ressurgir des souvenirs, une tonne de souvenirs du passé. Ça me rappelle la première maison que nous avons eue, nous avions des voisins, et il y avait des bâtiments, aussi. C'était une vieille maison, une ancienne ferme. J'ai demandé qu'on rénove complètement la maison, elle était magnifique. […] Oui, de beaux souvenirs. Je crois que [c'est le cas] pour les autres aussi. [P4, femme, résidente]

Le personnel de l'établissement a également mentionné que les jardins faisaient remonter des souvenirs chez de nombreux résidents qui ont grandi dans des régions rurales, sur le fait de passer du temps à l'extérieur et de cultiver des plantes.

> De mon côté, je crois que les résidents sortaient davantage de leur chambre, car ils avaient un but. Ils avaient un autre but, et les écouter parfois, par exemple lors des pauses, ravivait chez eux des souvenirs […] surtout pour ceux qui ont grandi sur une ferme, il y en a beaucoup ici, et ça les ramenait à cette époque-là, vous savez. Et je crois que mon souhait était que nous ayons une zone de jardinage, le jardin de légumes, tout ça. [P6, femme, membre du personnel]

Reflet de sa vie dans les activités de jardinage

Des photos montrant le système racinaire d'une plante et les ravages causés par un insecte qui a grugé les feuilles d'un plant ont déclenché des conversations qui ont suscité des réflexions sur les réalités de la vie, le cycle de la vie et les parallèles entre les résidents et les plantes qu'ils cultivent. Les résidents ont reconnu la beauté dans le fait de voir « mère Nature » à l'œuvre et dans le fait que le cycle de vie d'une plante mène inévitablement à sa mort.

> C'est la réalité, et ça fait partie de la vie, non? Aussi longtemps que possible […] La plante a évidemment traversé beaucoup d'épreuves, mais elle continue de grandir et d'en sortir gagnante. Elle en sort gagnante. Ça a un grand sens, pour ceux qui sont capables de le percevoir. Et la plante a tout de même l'air plutôt heureuse [rires]. Elle garde le sourire, aussi. Bon, ce n'est pas vraiment quelque chose qu'on souhaite, mais si on ne garde pas un œil là-dessus, c'est ce qui arrive. La réalité. La réalité est toujours là. Ça fait partie de la vie. La vie finit par s'arrêter. [P4, femme, résidente]

La conversation qui suit démontre le parallèle commun que les résidents ont fait entre eux-mêmes et les plantes qu'ils ont cultivées, et la beauté qu'ils ont vue dans leur propre mortalité.

> P8, femme, résidente : Cette plante est à la fin de sa vie, et pourtant ses racines sont en santé.
>
> P4, femme, résidente : Nous sommes sur la même voie que la plante. Notre vie tire à sa fin, nous aussi, alors on peut s'identifier à elle. C'est juste ainsi que cela doit être.
>
> Animatrice : Un cycle de vie.
>
> P4, femme, résidente : C'est un peu triste, mais c'est positif, c'est comme ça. La vie… c'est très complexe, nos vies. En fait, la vie de tout le monde est très complexe.

Bienfaits pour le personnel

Les membres du personnel de l'établissement de soins de longue durée ont dit avoir retiré des bienfaits de leur participation aux activités de jardinage avec les résidents : prendre soin des plantes, faire une promenade avec les résidents et discuter des plantes, profiter des activités de jardinage. Selon eux, le fait d'encourager les résidents à sortir a créé un environnement plus chaleureux. Participer à ces activités leur a permis d'entamer des conversations qui ont mené à des discussions significatives : « [Nous] avons dégusté des feuilles de menthe du jardin, ce qui a mené à une conversation avec les résidents et les autres membres du personnel. » [P11, femme, membre du personnel]

L'entretien du jardin n'aurait pas été possible sans l'aide des membres de l'équipe de recherche, qui ont obtenu et entreposé en toute sécurité les produits chimiques (comme les engrais) nécessaires pour garder le jardin en bonne santé. S'il est vrai que les membres du personnel responsables des loisirs auraient pu être affectés à ces tâches, il n'en demeure pas moins que ceux-ci doivent avoir les capacités et la volonté d'assumer cette responsabilité et que les contraintes de temps peuvent être éprouvantes pour le personnel et entraver l'utilisation des espaces verts par les aînés.

Désir que le programme se poursuive

Les résidents et le personnel de l'établissement ont manifesté leur intérêt à ce que le programme se poursuive au terme de cette étude pilote : « J'aimerais que le groupe se réunisse pour discuter des plans pour l'an prochain. C'est mon objectif. » [P1, homme, résident]

Les participants ont reconnu et souligné la nécessité de mobiliser plus de gens pour que les activités se poursuivent, et ils étaient enthousiastes à l'idée de le faire.

> Nous avons besoin d'un plus grand nombre de personnes impliquées dans le club de jardinage et nous devons en quelque sorte renforcer le club. […] Je pense que nous devrions inciter plus de gens à participer, nous ne sommes pas beaucoup. La plupart des gens que je connais aiment jardiner. Je crois qu'on peut convaincre les gens de participer. C'est ce que nous espérons. [P4, femme, résidente]

Le personnel de l'établissement était prêt à passer le mot à la famille, aux amis et aux bénévoles pour favoriser une plus grande participation :

> Je crois qu'une fois que la nouvelle se répandra, vous savez, il y a beaucoup de familles, ou beaucoup de résidents […] qui ne reçoivent pas souvent de visite de leur famille, mais je crois qu'une fois que les gens seront au courant, que nous dirons « hé, nous avons ce projet à [nom de l'établissement] », ça va inciter les familles à venir. Je dis ça parce que j'ai vu la différence une fois les jardins aménagés. Quand nous avons mis sur pied le jardin, quelques nouveaux résidents sont arrivés, surtout au premier étage. Nous leur avons mentionné l'existence des jardins et ils ont répondu « Quoi? Vous faites ça? Est-ce que ma mère peut y participer? » On pouvait voir leur enthousiasme. Ils peuvent aller dehors et s'occuper des mauvaises herbes. [P6, femme, membre du personnel]

L'intérêt de continuer à soutenir la participation des résidents aux activités de jardinage s'explique par les bienfaits de ces activités sur la qualité de vie des résidents et sur l'atmosphère dans l'ensemble de l'établissement, ainsi que par le sens que le projet a apporté à la vie des résidents. Aucun membre du personnel de l'établissement n'a signalé que la présence de la tour hydroponique ou des jardins surélevés avait entraîné une augmentation de sa charge de travail.

Analyse

Il peut être difficile de créer un environnement où tout le monde se sente chez soi dans un établissement de soins de longue durée, surtout lorsque les résidents viennent de régions rurales ou éloignées. La dépression demeure au fil du temps un problème omniprésent dans les établissements de soins de longue durée, et il faut y prêter une attention particulière. Accroître les possibilités d'interagir avec la nature grâce à des activités de jardinage intérieur et extérieur ou à des activités axées sur la nature est profitable à de nombreux résidents.

Les activités de jardinage ont offert aux résidents de nouvelles occasions de réduire l'isolement social et la solitude, surtout pour ceux qui désiraient « se salir les mains » et jardiner dans le cadre des activités de groupe du club de jardinage. Les répondants ont expliqué que ces activités ont donné lieu à des interactions et à des discussions intéressantes avec les autres résidents et avec le personnel. De plus, les interactions passives avec la tour hydroponique et les jardins surélevés pourraient avoir contribué à réduire la solitude, car les résidents se sont sentis en lien avec la beauté et l'environnement par le simple fait de regarder des éléments naturels et d'être près d'eux. Ces observations corroborent les constatations d'une récente revue de la littérature, qui a conclu que les aînés éprouvent du plaisir à être dans la nature et à observer la nature, ce qui a un effet positif sur leur bien-être et leur qualité de vie[17].

Certains établissements de soins de longue durée, à la fois dans les collectivités rurales et urbaines, n'ont pas d'espaces verts à proximité, ce qui accroît la prévalence de l'isolement social et de la solitude. Des résidents ont exprimé leur désir de nature, en particulier ceux qui venaient de la campagne, où ils étaient à proximité d'un environnement naturel[33]. Les possibilités pour les résidents de jardiner et de prendre part à des activités en nature importantes pour eux lorsqu'ils vivaient dans leur collectivité peuvent avoir été limitées, voire inexistantes. Les activités axées sur la nature peuvent donc constituer un moyen significatif et efficace de promouvoir la santé et le bien-être des aînés dans les établissements de soins de longue durée.

Dans les collectivités du Nord, où les hivers sont souvent rigoureux et les saisons de croissance courtes, le jardinage en plein air peut s'avérer difficile pour les jardiniers débutants et peu expérimentés. Par ailleurs, l'environnement bâti peut également empêcher bon nombre de résidents de sortir (portes verrouillées ou trop lourdes pour que les résidents puissent les pousser et les franchir seuls, espaces extérieurs inaccessibles en hiver en raison de fortes chutes de neige ou de présence de glace, etc.). La technologie hydroponique peut constituer un moyen concret et novateur d'interagir avec la nature et de réduire l'isolement tout au long de l'année, indépendamment du climat et des infrastructures.

Le jardin hydroponique vertical a ainsi permis aux résidents de tisser des liens avec d'autres personnes. Cette technologie a offert des possibilités d'échange de connaissances et a favorisé une interaction positive entre les individus. Elle a également souvent alimenté les discussions lors des visites d'amis et de membres de la famille. Certains résidents se sont sentis valorisés en raison de leur participation à l'ensemencement, à la culture et à l'entretien du jardin vertical. Ces observations concordent avec la littérature dont on dispose, selon laquelle l'accessibilité à des espaces verts permet de générer des occasions d'interaction sociales, améliorant ainsi la vie quotidienne des aînés[34]. La participation à des activités liées à la nature a contribué au maintien des liens sociaux et à la confiance en soi des résidents[35].

Dans l'ensemble, les résidents ont éprouvé un sentiment d'accomplissement et de fierté, car le jardin vertical leur a donné accès toute l'année à des fruits et légumes frais et à des fleurs. L'accès commun aux plantes et aux fleurs a également donné aux résidents l'occasion de s'impliquer socialement. La mise en place du jardin hydroponique vertical dans une zone de passage, à l'entrée de l'établissement, avec des sièges à proximité, a de plus permis aux résidents de profiter des plantes de façon passive. La croissance rapide des plantes a constitué un sujet permanent de conversation pour les personnes qui ont joué un rôle, actif ou passif, dans les activités de jardinage.

Ce projet pilote a permis de montrer qu'un programme de jardinage axé sur la nature comptant des jardins hydroponiques intérieurs et des jardins surélevés extérieurs est réalisable et s'avère bénéfique dans un établissement de soins de longue durée. Alors que le volet jardinage du programme a été assuré par les résidents, leurs familles et le personnel de l'établissement, la viabilité et l'exploitation sécuritaire des

jardins, notamment du jardin hydroponique vertical, ont reposé en grande partie sur le personnel et la direction de l'établissement. Bien que les résidents et le personnel aient retiré différents bienfaits du programme, il reste que l'équipe des loisirs ou d'autres membres du personnel de l'établissement de soins de longue durée doivent avoir les capacités et la volonté d'assumer cette responsabilité. L'entretien des jardins est une tâche complexe qui exige du temps, ce qui peut être contraignant pour le personnel et entraver l'utilisation des espaces verts par les aînés[36]. L'engagement et le soutien du personnel sont essentiels pour que les aînés puissent participer avec succès aux activités liées à la nature, et le manque de soutien pouvant nuire à la poursuite du programme[17].

Points forts et limites

Cette recherche portait sur l'intégration d'un groupe diversifié de résidents d'un établissement de soins de longue durée à des activités axées sur la nature prévues et adaptées en conséquence de ce contexte. Pour assurer une participation significative, il est essentiel de faire des adaptations lorsqu'on travaille avec une population vieillissante, en permettant par exemple aux résidents de participer aux activités de création collaborative. Le processus de création collaborative a permis de cerner de nombreuses activités intéressantes et a mené à plusieurs révélations pour l'équipe de recherche. De plus, l'adoption de la méthode photovoix pour stimuler davantage la participation des membres du club de jardinage a constitué une façon efficace d'atténuer l'isolement social, car elle a permis aux participants de réfléchir aux bienfaits des activités de jardinage et de favoriser les discussions.

Cependant, malgré leur enthousiasme initial, deux participantes ont abandonné le programme en raison du déclin de leur santé, et quelques-uns ont ressenti une certaine frustration causée par l'utilisation des appareils-photo numériques. Bien que les téléphones cellulaires munis d'un appareil-photo soient courants, un seul participant à l'étude en possédait un.

La pandémie de COVID-19 a perturbé l'organisation d'autres cycles de recherche du projet de jardinage avec jardins surélevés et jardin hydroponique. L'équipe de recherche a dû ainsi interrompre dès le début du projet les activités liées au jardin hydroponique vertical. Les membres du club de jardinage ont pu continuer les activités liées aux jardins surélevés, mais dans une moindre mesure.

Enfin, la faible taille de l'échantillon et l'incapacité de l'équipe de recherche à établir des liens entre les réponses au sondage du début de l'étude et les réponses au sondage de suivi font partie des limites de l'étude. Les recherches ultérieures pourraient tirer profit de la participation d'un plus grand nombre de résidents d'établissements de soins de longue durée et d'une évaluation plus systématique de la dépression et de la qualité de vie des résidents. Elles gagneraient à obtenir des données quantitatives auprès d'un plus grand nombre de participants pour étudier les effets potentiels de la participation à des activités de jardinage.

Répercussions sur les établissements de soins de longue durée

L'intégration dans les établissements de soins de longue durée d'interventions axées sur la nature, comme la culture hydroponique ou le jardinage en jardins surélevés, est faisable et peut conduire à une participation active et inclusive des résidents ainsi qu'à des conversations significatives entre résidents et avec le personnel de l'établissement. Les principales leçons tirées de cette étude sont les suivantes :

- La participation aux activités de jardinage a augmenté les occasions pour les résidents de s'impliquer socialement et d'établir des liens avec les membres du personnel et, ainsi, de réduire l'isolement social.
- L'installation de jardins surélevés ou de jardins hydroponiques dans une zone de passage, disposant de places assises à proximité et accessible aux personnes qui se déplacent en fauteuil roulant ou avec un dispositif d'aide à la mobilité, a favorisé l'inclusivité, de sorte que tous les résidents qui le voulaient ont pu participer aux activités de jardinage.
- La mise en œuvre et la viabilité du programme et des activités de jardinage demandent la collaboration de nombreux intervenants (résidents, personnel soignant, personnel responsable des loisirs et diététistes) qui doivent créer ensemble un programme de jardinage adapté à la réalité d'un établissement de soins de longue durée.
- L'accès aux jardins surélevés extérieurs peut nécessiter le soutien du personnel de l'établissement et des familles.

Conclusion

La participation aux activités de jardinage s'est révélée significative pour les résidents de l'établissement de soins de longue durée et appréciée par eux, favorisant des occasions de créer des liens véritables avec les autres. Par leur participation active ou passive au jardinage hydroponique intérieur et au jardinage extérieur en jardins surélevés, les résidents ont bénéficié de davantage d'occasions de discuter, de former des liens et d'interagir avec les autres, ce qui a contribué à réduire l'isolement social. Dans le cadre de cette étude, les activités de jardinage ont aidé les participants à se sentir liés à la nature et à la terre, ce qui a contribué à atténuer les sentiments de déconnexion et d'isolement en milieu de soins de longue durée. Il convient de souligner que les rapports et les interactions entre les résidents et le personnel se sont améliorés, signe de l'importance de ces activités dans l'établissement et le maintien de liens solides. Lorsque vient le temps d'élaborer et de prioriser les programmes d'activités pour les établissements de soins de longue durée, il peut être intéressant d'envisager des programmes de jardinage, car ils ont le potentiel de favoriser la socialisation, la santé et le bien-être des résidents.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier tous les résidents, le personnel, les familles et les bénévoles ainsi que les dirigeants communautaires qui ont participé au projet. Ils tiennent également à remercier Emma Rossnagel pour son aide à la révision de la version finale du manuscrit.

Conflit d'intérêts

Kelly Skinner est rédactrice scientifique adjointe de la revue PSPMC, mais elle s'est retirée du processus d'évaluation de cet article. Les auteurs déclarent n'avoir aucun autre conflit d'intérêts.

Soutien financier

La présente étude a reçu des subventions du programme de subventions de démarrage qui rassemble Northern Health, la Provincial Health Services Authority et

l'Université du Nord de la Colombie-Britannique ainsi que du programme de subventions de démarrage du Northern Centre de la BC SUPPORT Unit.

Contributions des auteurs et avis

Tous les auteurs ont contribué activement au projet. SF, DB et KS ont participé à tous les volets du projet, de la conception du projet à l'analyse pui à la rédaction et à la révision de l'article. EB a participé à la conception du projet et à l'obtention des données. ML a participé à l'obtention des données et à la rédaction de l'article. GB a participé à l'obtention des données et à leur nettoyage. TW a participé à l'analyse ainsi qu'à la rédaction et à la révision de l'article.

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

Références

1. Chu CH, Donato-Woodger S, Dainton CJ. Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long term care. J Adv Nurs. 2020;76(10):2456-2459. https://doi.org/10.1111/jan.14467

2. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. Lancet Public Health. 2020;5(1):e62-70. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0

3. Newall NE, Menec VH. Loneliness and social isolation of older adults: why it is important to examine these social aspects together. J Soc Pers Relat. 2019;36(3):925-939. https://doi.org/0265407517749045

4. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data. PloS One. 2020; 15(3):e0230673. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230673

5. Gilmour H, Ramage-Morin PL. Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. Rapports sur la santé. 2020;31(3):29-41. https://doi.org/10.25318/82-003-x202000300003-fra

6. Freeman S, Armstrong JJ, Tyas SL, Neufeld E. Clinical characteristics and patterns of health deficits of centenarians receiving home care and long-term care services. Exp Gerontol. 2017;99:46-52. https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.09.010

7. Kone AP, Mondor L, Maxwell C, Kabir US, Rosella LC, Wodchis WP. Rising burden of multimorbidity and related socio-demographic factors: a repeated cross-sectional study of Ontarians. Can J Public Health. 2021; 112(4):737-747. https://doi.org/10.17269/s41997-021-00474-y

8. Freeman S, Bishop K, Spirgiene L, et al. Factors affecting residents transition from long term care facilities to the community: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1-9. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2571-y

9. Boamah SA, Weldrick R, Lee TJ, Taylor N. Social isolation among older adults in long-term care: a scoping review. J Aging Health. 2021;33(7-8):618-632. https://doi.org/10.1177/08982643211004174

10. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. Int Psychogeriatr. 2016;28(4):557-576. https://doi.org/10.1017/S1041610215001532

11. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: approach for primary care. Can Fam Physician. 2020;66(3):176-182.

12. Gow AJ, Pattie A, Whiteman MC, Whalley LJ, Deary IJ. Social support and successful aging: investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. J Individ Differ. 2007;28(3):103-115. https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103

13. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-237. https://doi.org/10.1177/1745691614568352

14. Government of British Columbia. Long-term care services [Internet]. Victoria (BC): Government of British Columbia; [consultation le 25 août 2021]. En ligne à : https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/long-term-care-services

15. Fry PS. Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? Int J Aging Hum Dev. 2000; 50(4):361-383. https://doi.org/10.2190/DD41-W8F4-W6LK-FY8Q

16. Howell S, Silberberg M, Quinn WV, Lucas JA. Determinants of remaining in the community after discharge: results from New Jersey's Nursing Home Transition Program. Gerontologist. 2007;47(4):535-547. https://doi.org/10.1093/geront/47.4.535

17. Orr N, Wagstaffe A, Briscoe S, Garside R. How do older people describe their sensory experiences of the natural world? A systematic review of the qualitative evidence. BMC Geriatr. 2016;16(1):116. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0288-0

18. Wu YT, Prina AM, Jones A, Matthews FE, Brayne C; MRC CFAS. Older people, the natural environment and common mental disorders: cross-sectional results from the Cognitive Function and Ageing Study. BMJ Open. 2015;5(9):e007936. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007936

19. Wang D, MacMillan T. The benefits of gardening for older adults: a systematic review of the literature. Act Adaptation Aging. 2013;37(2):153-181. https://doi.org/10.1080/01924788.2013.784942

20. Detweiler MB, Sharma T, Detweiler JG, et al. What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? Psychiatry Investig. 2012;9(2):100-110. https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.100

21. Barnicle T, Midden KS. The effects of a horticulture activity program on the psychological well-being of older people in a long-term care facility. HortTechnology. 2003;13(1):81-85. https://doi.org/10.21273/HORTTECH.13.1.0081

22. Chen TY, Janke MC. Gardening as a potential activity to reduce falls in older adults. J Aging Phys Act. 2012; 20(1):15-31. https://doi.org/10.1123/japa.20.1.15

23. Sugiyama T, Thompson CW. Environmental support for outdoor activities and older people's quality of life. J Hous Elder. 2006;19(3-4):167-185. https://doi.org/10.1300/J081v19n03_09

24. Durvasula S, Kok C, Sambrook PN, et al. Sunlight and health: attitudes of older people living in intermediate care facilities in southern Australia. Arch Gerontol Geriatr. 2010;51(3):e94-99. https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.008

25. Anguera MT, Blanco-Villaseñor A, Losada JL, Sánchez-Algarra P, Onwuegbuzie AJ. Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? Qual Quant. 2018;52(6):2757-2770. https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2

26. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc. 1999;47(7): 873-878. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb03848.x

27. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health. 2000;23(4):334-340. https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g

28. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. Res Nurs Health. 2010;33(1):77-84. https://doi.org/10.1002/nur.20362

29. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard J. Qualitative description–the poor cousin of health research? BMC Med Res Methodol. 2009;9:52. https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52

30. Nykiforuk CI. Engaging patients in research using photovoice methodology. CMAJ. 2021;193(27):E1050-1051. https://doi.org/10.1503/cmaj.210963

31. Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health Educ Behav. 1997;24(3):369-387. https://doi.org/10.1177/109019819702400309

32. Hergenrather KC, Rhodes SD, Cowan CA, Bardhoshi G, Pula S. Photovoice as community-based participatory research: a qualitative review. Am J Health Behav. 2009;33(6):686-698. https://doi.org/10.5993/AJHB.33.6.6

33. Butler SS, Cohen AL. The importance of nature in the well-being of rural elders. Nat Cult. 2010;5(2):150-174. https://doi.org/10.3167/nc.2010.050203

34. Bengtsson A, Carlsson G. Outdoor environments at three nursing homes-qualitative interviews with residents and next of kin. Urban For Urban Green. 2013;12(3):393-400. https://doi.org/10.1016/j.ufug.2013.03.008

35. Olsson A, Lampic C, Skovdahl K, Engström M. Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study. Aging Ment Health. 2013;17(7):793-800. https://doi.org/10.1080/13607863.2013.801065

36. Lovering MJ, Cott CA, Wells DL, Taylor JS, Wells LM. A study of a secure garden in the care of people with Alzheimer's disease. Can J Aging. 2002;21(3):417-427. https://doi.org/10.1017/S0714980800001732

https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.7.04f

Aperçu

Le point sur les tendances de l'incidence du cancer au Canada (1984-2017)

Alain A. Demers, Ph. D. (1,2); Nathalie Saint-Jacques, Ph. D. (3); Larry Ellison, M. Sc. (4); Darren Brenner, Ph. D. (5); Natalie Fitzgerald, M. Sc. (6); Samina Aziz, M. Sc. (1); Donna Turner, Ph. D. (2,7)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Cet article met en lumière les tendances en matière de cancer tirées des résultats du rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2021*. Ces tendances ont été mesurées à l'aide de la variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge. Globalement, les taux d'incidence du cancer sont en baisse (−1,1 %), mais avec des variations en fonction du type de cancer et du sexe du patient. Ainsi, chez les hommes, les plus fortes baisses par année ont été observées pour le cancer de la prostate (−4,4 %), le cancer colorectal (−4,3 %), le cancer du poumon (−3,8 %), la leucémie (−2,6 %) et le cancer de la thyroïde (−2,4 %). Chez les femmes, les diminutions les plus marquées ont été observées pour le cancer de la thyroïde (−5,4 %), le cancer colorectal (−3,4 %) et le cancer de l'ovaire (−3,1 %).

Mots-clés : *néoplasmes, analyse de données, tendance, surveillance du cancer*

Points saillants

- Dans l'ensemble, l'incidence du cancer diminue à un taux de −1,1 % par année. Les deux plus fortes baisses ont été observées chez les hommes pour le cancer de la prostate (−4,4 % par année) et le cancer colorectal (−4,3 % par année) et, chez les femmes, pour le cancer de la thyroïde (−5,4 % par année) et le cancer colorectal (−3,4 % par année).
- Les taux de mélanome sont en hausse (hommes : 2,2 % par année; femmes : 2,0 % par année) ainsi que ceux de myélome multiple (hommes : 2,5 % par année; femmes : 1,6 % par année).
- Les tendances en matière de cancer au Canada sont dynamiques et elles dépendent de chaque type de cancer. La diminution de l'incidence du cancer de la prostate et du cancer de la thyroïde souligne l'importance de mettre à jour les pratiques de dépistage à partir des meilleures données probantes.

Introduction

Cet article met en lumière les tendances en matière de cancer tirées des résultats du rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2021* (SCC 2021)[1], qui a été élaboré par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada à partir des données fournies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer.

Le nombre et le taux de nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année et au fil du temps sont des révélateurs importants du fardeau que le cancer constitue pour la population canadienne et le système de santé. Ces données sont essentielles pour les intervenants qui planifient les services de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soutien. Alors qu'ils ont été relativement stables entre 1984 et 2012, les taux globaux d'incidence du cancer ont diminué à un rythme de −1,1 % par année depuis 2012[1]. Cette baisse est probablement attribuable à la réussite du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, mais aussi à l'évolution des pratiques de dépistage du cancer de la prostate et du cancer de la thyroïde et à la diminution de la prévalence du tabagisme. La surveillance de l'incidence de chaque cancer au fil du temps peut aider à cerner les tendances émergentes, à mettre en évidence les progrès réalisés et à indiquer quels domaines sont à prioriser en matière de recherche et de gestion des ressources. Cet article a pour objet de présenter les résultats du rapport SCC 2021 concernant l'évolution des tendances de l'incidence du cancer au Canada. Des données sont fournies pour 22 types de cancer, mais nous mettons l'accent sur ceux qui ont connu les changements les plus importants au cours des dernières années.

Méthodologie

Nos données sont tirées du chapitre sur l'incidence du cancer du rapport SCC de

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine Max Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
3. Programme Health Cancer Care de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
4. Statistique Canada, Ottawa (Ontario), Canada
5. Départements d'oncologie et des sciences de la santé communautaire, École de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
6. Partenariat canadien contre le cancer, Toronto (Ontario), Canada
7. Action cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

Correspondance : Alain Demers, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, pièce 611B2, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-797-2129; courriel : alain.demers@phac-aspc.gc.ca

2021[1], qui couvre la période 1984-2017. Le Québec n'a pas été inclus dans les résultats parce que ses données n'étaient disponibles que jusqu'en 2010. La source de données sur l'incidence du cancer pour 1992-2017 est le Registre canadien du cancer (RCC)[2] et, pour les données antérieures à 1992, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC).

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA, plus loin dans le texte « les taux ») ont été déterminés au moyen de la méthode de standardisation directe et de la population canadienne type de 2011[3]. Nous avons utilisé le logiciel d'analyse Joinpoint[4] (version 4.7.0.0) pour calculer la variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux pour chaque type de cancer entre 1984 et 2017 et pour repérer les années d'inflexion dans les VAP. Étant donné que, pour établir la tendance, il fallait disposer d'au moins cinq années de données, notre période la plus récente possible a été 2013-2017. Autrement, nous avons utilisé les paramètres par défaut du logiciel Joinpoint. Nous avons étudié 22 types de cancer, classés selon leur tendance la plus récente. Nous avons plus spécifiquement distingué ceux dont la tendance a changé de façon significative (valeur $p < 0{,}05$ ou valeur $p < 0{,}001$) et ceux pour lesquels aucun changement significatif n'a été détecté (valeur $p \geq 0{,}05$). Pour en savoir plus, consulter l'annexe II, « Sources des données et méthodologie », du rapport SCC de 2021[1].

Résultats et analyse

Le tableau 1 présente les tendances détectées entre 1984 et 2017 grâce aux analyses Joinpoint pour les 22 types de cancer. La figure 1 illustre les tendances les plus récentes classées en trois groupes selon le sens du changement dans les tendances. Nous détaillons les résultats les plus significatifs.

Tendances à la baisse

Les taux de **cancer de la thyroïde** ont diminué chez les hommes et chez les femmes depuis 2013 (VAP chez les hommes : −2,4 %, non significatif; VAP chez les femmes : −5,4 %). L'augmentation du taux pour la période antérieure à 2013 est probablement attribuable à un surdiagnostic[5]. Dans une étude canadienne récente, les auteurs ont trouvé des données probantes à l'appui de l'hypothèse du surdiagnostic, dont la confirmation du

TABLEAU 1
Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge, selon le siège du cancer et le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984-2017

Type de cancer	Hommes			Femmes		
	Période	VAP	Valeur *p*	Période	VAP	Valeur *p*
Tête et cou	1984-2004	−2,4	< 0,001	1984-2004	−1,1	< 0,001
	2004-2017	0,6	0,003	2004-2017	0,3	0,099
Œsophage	1984-2005	0,3	0,034	1984-2017	−0,4	< 0,001
	2005-2011	2,8	0,008			
	2011-2017	−1,8	0,009			
Estomac	1984-2002	−2,6	< 0,001	1984-2001	−2,8	< 0,001
	2002-2017	−1,0	< 0,001	2001-2017	−0,5	0,009
Colorectal	1984-2013	−0,3	< 0,001	1984-1994	−1,7	< 0,001
	2013-2017	−4,3	< 0,001	1994-2000	0,4	0,41
				2000-2013	−0,5	< 0,001
				2013-2017	−3,4	< 0,001
Foie	1984-2013	3,8	< 0,001	1984-2005	1,9	< 0,001
	2013-2017	−0,3	0,86	2005-2013	5,8	< 0,001
				2013-2017	−3,2	0,16
Pancréas	1984-2002	−1,4	< 0,001	1984-2006	−0,3	0,023
	2002-2017	1,4	< 0,001	2006-2013	2,2	0,004
				2013-2017	−2,2	0,074
Poumon et bronches	1984-1990	−0,7	0,077	1984-1993	2,9	< 0,001
	1990-2003	−2,2	< 0,001	1993-2013	0,9	< 0,001
	2003-2013	−1,0	< 0,001	2013-2017	−2,0	< 0,001
	2013-2017	−3,8	< 0,001			
Mélanome	1984-2017	2,2	< 0,001	1984-1994	0,2	0,74
				1994-2017	2,0	< 0,001
Sein	1984-2017	0,5	0,019	1984-1991	2,0	< 0,001
				1991-2017	−0,2	0,008
Col de l'utérus	S. O.			1984-2005	−2,0	< 0,001
				2005-2017	−0,6	0,019
Utérus	S. O.			1984-1990	−1,5	0,08
				1990-2005	0,4	0,055
				2005-2011	3,1	< 0,001
				2011-2017	1,0	0,054
Ovaire	S. O.			1984-1997	−1,5	< 0,001
				1997-2013	−0,1	0,42
				2013-2017	−3,1	0,01
Prostate	1984-1993	5,6	< 0,001	S. O.		
	1993-2007	0,2	0,61			
	2007-2017	−4,4	< 0,001			
Testicule	1984-2017	1,3	< 0,001	S. O.		
Vessie	1984-2007	−1,2	< 0,001	1984-2008	−0,9	< 0,001
	2007-2011	7,8	0,005	2008-2012	7,2	0,053
	2011-2017	−0,5	0,49	2012-2017	−1,2	0,38

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge, selon le siège du cancer et le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984-2017

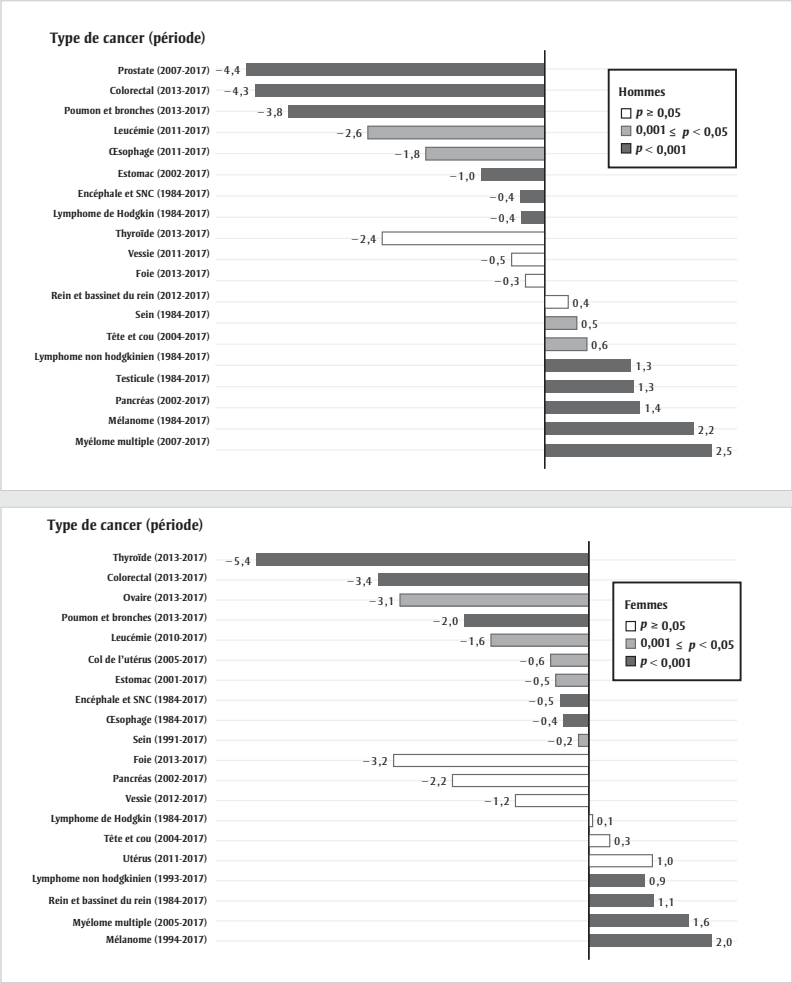
Type de cancer	Hommes			Femmes		
	Période	VAP	Valeur *p*	Période	VAP	Valeur *p*
Rein et bassinet du rein	1984-1989	4,0	0,005	1984-2017	1,1	< 0,001
	1989-2003	0,1	0,61			
	2003-2012	2,7	< 0,001			
	2012-2017	0,4	0,63			
Encéphale et SNC	1984-2017	−0,4	< 0,001	1984-2017	−0,5	< 0,001
Thyroïde	1984-1998	2,8	< 0,001	1984-1998	4,0	< 0,001
	1998-2013	7,0	< 0,001	1998-2004	10,4	< 0,001
	2013-2017	−2,4	0,17	2004-2013	5,5	< 0,001
				2013-2017	−5,4	< 0,001
Lymphome de Hodgkin	1984-2017	−0,4	< 0,001	1984-2017	0,1	0,54
Lymphome non hodgkinien	1984-2017	1,3	< 0,001	1984-1993	2,1	< 0,001
				1993-2017	0,9	< 0,001
Myélome multiple	1984-2007	0,3	0,064	1984-2005	0,2	0,26
	2007-2017	2,5	< 0,001	2005-2017	1,6	< 0,001
Leucémie	1984-1994	−1,1	0,022	1984-2001	−0,3	0,15
	1994-2013	0,9	< 0,001	2001-2010	1,9	< 0,001
	2013-2017	−2,6	0,038	2010-2017	−1,6	0,004

Source des données : Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2021. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; 2021.

Abréviation : SNC, système nerveux central.

rôle central joué par le cancer papillaire de la thyroïde dans les tendances passées[6]. Les taux de **cancer de la prostate** ont fortement diminué entre 2007 et 2017 (VAP : −4,4 %). Le taux d'incidence a atteint un sommet en 1993 et en 2001, correspondant à une utilisation accrue du dépistage par le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) au Canada[7]. Le Groupe d'étude canadien a déconseillé ce type de dépistage en 2014[8]. *Une diminution similaire, qui s'explique p*ar la mise à jour des lignes directrices, a été détectée aux États-Unis[9]. Les taux de **cancer colorectal** ont connu une baisse marquée chez les deux sexes depuis 2013 (VAP chez les hommes : −4,3 %; VAP chez les femmes : −3,0 %). La baisse récente est probablement attribuable en partie à l'augmentation du dépistage, qui permet de détecter les polypes précancéreux traitables et de réduire l'incidence du cancer. Entre 2007 et 2017, la plupart des provinces et des territoires ont mis en œuvre des programmes de dépistage structurés du cancer colorectal; le Québec et les Territoires du Nord-Ouest en sont à l'étape de la planification[10]. Les taux de **cancer du poumon** ont diminué depuis les années 1990 chez les hommes (VAP : de −1,0 % à −3,8 %) et depuis 2013 chez les femmes (VAP : −2,0 %). Ces différences dans les tendances sont le reflet d'habitudes de tabagisme antérieures. Chez les hommes, une diminution de la prévalence des fumeurs quotidiens a commencé au milieu des années 1960 au Canada, tandis que, chez les femmes, il n'y a pas eu de baisse avant le milieu des années 1980[11]. Le taux d'incidence du **cancer de l'ovaire** a diminué rapidement (VAP : −3,1 %) depuis 2013. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette tendance favorable, notamment l'utilisation accrue des contraceptifs oraux, des changements dans les facteurs de risque liés à la reproduction et dans certains facteurs de protection (comme un âge plus avancé à l'accouchement), la diminution de la prévalence du tabagisme ainsi que des changements dans la classification des maladies (depuis 2000, les néoplasmes ovariens à la limite de la malignité ou à faible pouvoir carcinogène ne sont plus considérés comme des tumeurs malignes)[12-14]. Les taux de **leucémie** sont en diminution rapide, depuis 2013 chez les hommes (VAP : −2,6 %) et depuis 2010 chez les femmes (VAP : −1,6 %). Des tendances similaires ont été signalées à l'échelle mondiale entre 1990 et 2017, avec cependant un taux de diminution variable en fonction des pays et des sous-types de leucémie[15,16]. Si les facteurs à l'origine de ces tendances ne sont pas totalement connus, selon certains auteurs, les changements dans les expositions environnementales (par exemple le benzène), le mode de vie (tabagisme) et les comportements des parents (augmentation de la consommation d'acide folique pendant la période précédant la grossesse et pendant la grossesse) pourraient jouer un rôle[15,17]. Les taux d'incidence du **cancer de l'œsophage** connaissent une baisse plus rapide chez les hommes (VAP : −1,8 %; 2011 à 2017) que chez les femmes (VAP : −0,4 %; 1984 à 2017). Les facteurs de risque de ce type de cancer sont l'obésité, la consommation d'alcool et la consommation de tabac[18]. Alors que l'obésité[19] et les ventes de boissons alcoolisées[20] ont augmenté au Canada, la diminution de la consommation de tabac[11] pourrait expliquer la baisse observée dans les taux d'incidence. Depuis 2013, les taux de **cancer du foie** ont diminué chez les femmes, mais pas de façon statistiquement significative (VAP : −3,2 %). Le type de cancer du foie le plus courant, le carcinome hépatocellulaire, est généralement attribuable aux infections chroniques par le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C, au diabète, ainsi qu'à une consommation excessive d'alcool[21]. La raison de cette diminution récente dans les taux d'incidence chez les femmes n'est pas claire, mais des changements dans la prévalence des facteurs de risque et la détection précoce pourraient être en cause. Les taux de **cancer du col de l'utérus** connaissent une baisse (VAP : −0,6 %), explicable en grande partie par le dépistage systématique au moyen du test de Papanicolaou (Pap). Toutes les provinces du Canada (à l'exception du Québec) ont mis en place un programme de dépistage structuré du cancer du col de l'utérus. Les lignes directrices actuelles recommandent un dépistage tous les 2 ou 3 ans, à partir de 21 ou 25 ans et jusqu'à l'âge de 65 ou 70 ans[22]. Au cours des prochaines années, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus devrait continuer à diminuer grâce à la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et à l'adoption d'un dépistage primaire du

FIGURE 1
Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente[a] des taux d'incidence normalisés selon l'âge, selon le siège du cancer et le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec)



Source des données : Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2021. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; 2021.

Abréviation : SNC, système nerveux central.

[a] Les VAP ont été calculées pour la période 1984-2017. Si un ou plusieurs changements significatifs ont été détectés dans la tendance des taux, la VAP la plus récente a été utilisée. Si aucun changement significatif n'a été observé, la VAP correspond à la tendance des taux sur toute la période.

VPH dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus[23].

Tendances à la hausse

L'incidence du **myélome multiple** a augmenté de 2,5 % par année chez les hommes entre 2007 et 2017 et de 1,6 % chez les femmes depuis 2005. L'amélioration de la détection et de la vérification des cas contribuerait en partie à l'augmentation des cas de myélome multiple dans d'autres pays[24]. Par ailleurs, la prévalence accrue de l'obésité, un facteur de risque connu du myélome multiple, pourrait contribuer à la récente tendance à la hausse du taux d'incidence[19,25]. Un risque élevé de myélome multiple a également été associé à l'utilisation de pesticides et à la proximité de plans d'eau et de rivières contaminées[26,27]. Le taux d'incidence du **mélanome de la peau** a augmenté en moyenne de 2,2 % par année entre 1984 et 2017 chez les hommes et de 2,0 % par année entre 1994 et 2017 chez les femmes. L'exposition aux rayons ultraviolets[28] provenant du soleil, des lits de bronzage et des lampes solaires est un facteur de risque bien établi du mélanome[29].

Conclusion

Ces résultats montrent que les tendances de l'incidence du cancer au Canada sont dynamiques et varient selon le siège de cancer. Les tendances les plus récentes révèlent une augmentation rapide des taux de mélanome et de myélome. À l'inverse, les taux de certains autres cancers ont récemment diminué, notamment ceux du cancer colorectal, du cancer de la thyroïde, du cancer de la prostate et du cancer du poumon. La baisse des taux de cancer de la prostate et de cancer de la thyroïde révèle l'importance de mettre à jour les pratiques de dépistage en fonction des meilleures données probantes.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

Tous les auteurs ont contribué à la conception, à l'interprétation des données et à la révision de l'article. L'Agence de la santé publique du Canada a effectué l'analyse des données.

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

Références

1. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2021. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; 2021.

2. Statistique Canada. Registre canadien du cancer (RCC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 19 mai 2021]; En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207

3. Statistique Canada. Le Registre canadien du cancer – Normalisation selon l'âge : incidence [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 5 mars 2019]. En ligne à : https://www.statcan.gc.ca/fr/programmes-statistiques/document/3207_D12_V4

4. National Cancer Institute, Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program. Joinpoint trends analysis software, version 4.7.0.0. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2020.

5. Vaccarella S, Dal Maso L, Laversanne M, Bray F, Plummer M, Franceschi S. The impact of diagnostic changes on the rise in thyroid cancer incidence: a population-based study in selected high-resource countries. Thyroid. 2015; 25(10):1127-1136. https://doi.org/10.1089/thy.2015.0116

6. Ellison LF, Bushnik T. Évolution des tendances de l'incidence du cancer de la thyroïde au Canada : un examen histologique, 1992 à 2016. Rapports sur la santé. 2020;31(1):16-28. https://doi.org/10.25318/82-003-x202000100002-fra

7. LeBlanc AG, Demers A, Shaw A. Tendances récentes liées au cancer de la prostate au Canada. Rapports sur la santé. 2019; 30(4):14-20. https://doi.org/10.25318/82-003-x201900400002-fra

8. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, et collab. Recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène prostatique spécifique. CMAJ. 2014;186(16):1225-1234. En ligne à : https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2020/01/29/cmaj.140703.DC3/140703-guide-fr.pdf

9. Lee DJ, Mallin K, Graves AJ, et al. Recent changes in prostate cancer screening practices and epidemiology. J Urol. 2017;198(6):1230-1240. https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.074

10. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer colorectal au Canada : analyse de l'environnement (2019-2020). Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2020 [mise à jour le 13 janv. 2021; consultation le 7 oct. 2021]. En ligne à : https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-scan-2019-2020/

11. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Fumeurs quotidiens [Internet]. Paris (France) : OCDE; 2018 [consultation le 30 mars 2019]. En ligne à : https://data.oecd.org/fr/healthrisk/fumeurs-quotidiens.htm

12. Zhang Y, Luo G, Li M, et al. Global patterns and trends in ovarian cancer incidence: age, period and birth cohort analysis. BMC Cancer. 2019;19(1):984. https://doi.org/10.1186/s12885-019-6139-6

13. Cabasag CJ, Arnold M, Butler J, et al. The influence of birth cohort and calendar period on global trends in ovarian cancer incidence. Int J Cancer. 2020;146(3):749-758. https://doi.org/10.1002/ijc.32322

14. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. Int J Women's Health. 2019;11:287-299. https://doi.org/10.2147/IJWH.S197604

15. Dong Y, Shi O, Zeng Q, et al. Leukemia incidence trends at the global, regional, and national level between 1990 and 2017. Exp Hematol Oncol. 2020;9:14. https://doi.org/10.1186/s40164-020-00170-6

16. Ning L, Hu C, Lu P, Que Y, Zhu X, Li D. Trends in disease burden of chronic myeloid leukemia at the global, regional, and national levels: a population-based epidemiologic study. Exp Hematol Oncol. 2020;9(1):29. https://doi.org/10.1186/s40164-020-00185-z

17. Xie L, Semenciw R, Mery L. Incidence du cancer au Canada : tendances et projections (1983-2032). Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015; 35(1):1-196. En ligne à : https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.S1.02f

18. Otterstatter MC, Brierley JD, De P, et al. Esophageal cancer in Canada: trends according to morphology and anatomical location. Can J Gastroenterol. 2012;26(10):723-727. https://doi.org/10.1155/2012/649108

19. Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzi W. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. CMAJ Open. 2014; 2(1):E18-E26. https://doi.org/10.9778/cmajo.20130016

20. Agriculture et Agroalimentaire Canada. Tendances de la consommation : vin, bière et spiritueux au Canada. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2013.

21. Trad D, Bibani N, Sabbah M, et al. Known, new and emerging risk factors of hepatocellular carcinoma (review). Presse Med. 2017; 2017; 46(11):1000-1007. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.09.025

22. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement (2019-2020). Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2020 [mise à jour le 13 janv. 2021; consultation le 7 oct. 2021]. En ligne à : https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-scan-2019-2020/

23. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2016 – Sujet particulier : les cancers associés au VPH. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; 2016.

24. Vélez R, Turesson I, Landgren O, Kristinsson SY, Cuzick J. Incidence of multiple myeloma in Great Britain, Sweden, and Malmo, Sweden: the impact of differences in case ascertainment on observed incidence trends. BMJ Open. 2016;6(1):e009584. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009584

25. Becker N. Epidemiology of multiple myeloma. Recent Results Cancer Res. 2011;183:25-35. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009584

26. Kachuri L, Demers PA, Blair A, et al. Multiple pesticide exposures and the risk of multiple myeloma in Canadian men. Int J Cancer. 2013;133(8):1846-1858. https://doi.org/10.1002/ijc.28191

27. Tsang M, Le M, Ghazawi FM, et al. Multiple myeloma epidemiology and patient geographic distribution in Canada: a population study. Cancer. 2019;125(14):2435-2444. https://doi.org/10.1002/cncr.32128

28. International Agency for Research on Cancer. Exposure to artificial UV radiation and skin cancer. Geneva (CH): World Health Agency; 2006.

29. National Skin Cancer Prevention Committee. Exposure to and protection from the sun in Canada. A report based on the 2006 Second National Sun Survey. Toronto (Ont.) : Canadian Partnership Against Cancer; 2010.

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 2022.

D'Souza R, Seymour RJ, Knight M, **Dzakpasu S**, et al. Feasibility of establishing a Canadian Obstetric Survey System (CanOSS) for severe maternal morbidity: a study protocol. BMJ Open. 2022;12(3):e061093. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061093

Hammami N, Gobina I, Lukoševičiūtė J, […] **Gariépy G**, et al. Socioeconomic inequalities in adolescent health complaints: a multilevel latent class analysis in 45 countries. Curr Psychol. 2022. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03038-6

Manyanga T, Pelletier C, **Lang JJ**, **Prince SA**, et al. A comparison of meeting physical activity and screen time recommendations between Canadian youth living in rural and urban communities: a nationally representative cross-sectional analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(7):4394. https://doi.org/10.3390/ijerph19074394

McGrath R, Cawthon PM, Clark BC, […] **Lang JJ**, et al. Recommendations for reducing heterogeneity in handgrip strength protocols. J Frailty Aging. 2022. https://doi.org/10.14283/jfa.2022.21

Nevill AM, **Lang JJ**, Tomkinson GR. What is the optimal anthropometric index/ratio associated with two key measures of cardiometabolic risk associated with hypertension and diabetes? Int J Obes. 2022. https://doi.org/10.1038/s41366-022-01113-3

Pratt M, Forbes JD, **Knox NC, Van Domselaar G**, et al. Colorectal cancer screening in inflammatory bowel diseases—can characterization of GI microbiome signatures enhance neoplasia detection? Gastroenterology. 2022;162(5):1409-23.e1. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.12.287