Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada Recherche, politiques et pratiques

Volume 43 · numéro 6 · juin 2023

Dans ce numéro

201	Recherche quantitative originale
301	Honte et fierté authentique à l'égard de son corps associées de manière indépendante à l'état de santé autoévalué chez les jeunes adultes
312	Associations entre les déterminants sociaux de la santé et le statut pondéral des enfants d'âge préscolaire : une étude de population
322	Étude transversale sur la santé mentale et le bien-être de jeunes de familles liées au milieu militaire Apercu
332	Identité de genre et attirance sexuelle chez les jeunes Canadiens : résultats de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019
340	« J'ai fini par en avoir assez de leurs conseils santé» : la promotion de la santé en période de crise de santé publique
	Annonce
344	Appel à contributions : La prescription sociale au Canada
345	Autres publications de l'ASPC

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





Équipe de rédaction

Comité de rédaction

Marie DesMeules, M. Sc. Éditrice

Robert Geneau, Ph. D. Rédacteur scientifique en chef

Margaret de Groh, Ph. D.

Rédactrice scientifique en chef déléguée

Tracie O. Afifi, Ph. D.

Rédactrice scientifique adjointe

Minh T. Do, Ph. D.

Rédacteur scientifique adjoint

Justin J. Lang, Ph. D.

Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint

Heather Orpana, Ph. D.

Rédactrice scientifique adjointe

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

Kelly Skinner, Ph. D.

Rédactrice scientifique adjointe

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

Paul Villeneuve, Ph. D. Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.

Gestionnaire de la rédaction

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

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

Susanne Moehlenbeck Rédactrice adjointe

Aathavan Uruthirapathy 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

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

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D. Thompson Rivers University

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

Erica Di Ruggiero, Ph. D. University of Toronto

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

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

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

Candace Nykiforuk, Ph. D. University of Alberta

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

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC

University of Calgary

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

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

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

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

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé. © Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2023

ISSN 2368-7398
Pub. 220502
HPCDP.journal-revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca

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

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

Recherche quantitative originale

Honte et fierté authentique à l'égard de son corps associées de manière indépendante à l'état de santé autoévalué chez les jeunes adultes

Kristen M. Lucibello, Ph. D. (1)*; Erin K. O'Loughlin, Ph. D. (1, 3)*; Catherine M. Sabiston, Ph. D. (1); Sabrina Malouka (1); Roxy H. O'Rourke, M. Sc. (1); Jennifer L. O'Loughlin, Ph. D. (2, 3)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. S'il est vrai que le poids constitue un fort prédicteur de la santé physique et mentale, il n'en demeure pas moins que les facteurs psychosociaux positifs et négatifs en lien avec le corps sont également susceptibles de jouer un rôle important. En outre, tant des fondements théoriques que des données empiriques tendent à indiquer que ces associations peuvent varier en fonction du genre. Nos objectifs étaient, d'une part, d'analyser les associations entre les émotions liées à la conscience de son corps (honte corporelle, fierté corporelle authentique) et la santé physique et mentale chez les jeunes adultes et, d'autre part, de cerner les différences potentielles dans ces associations en fonction du genre.

Méthodologie. Les données utilisées dans cette étude transversale ont été tirées de l'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents (étude NICO) et portaient sur 799 jeunes adultes (âge moyen = 33,6 ans [écart-type = 0,5]; 43,9 % d'hommes). Nous avons estimé les associations entre, d'une part, la honte corporelle et la fierté corporelle authentique (variables d'exposition) et, d'autre part, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué (variables de résultat) dans des modèles de régression linéaire tenant compte de l'âge, du niveau de scolarité et de l'indice de masse corporelle, et nous avons étudié les différences potentielles dans ces associations en fonction du genre en effectuant des analyses stratifiées selon le genre.

Résultats. Chez les femmes, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué diminuaient respectivement de 0,37 et de 0,38 pour chaque augmentation d'une unité de la honte corporelle. L'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué augmentaient de respectivement 0,25 et de 0,23 pour chaque augmentation d'une unité de fierté corporelle authentique. Chez les hommes, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué diminuaient de respectivement 0,35 et de 0,45 pour chaque augmentation d'une unité de la honte corporelle. L'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué augmentaient de respectivement 0,32 et de 0,21 pour chaque augmentation d'une unité de la fierté corporelle authentique.

Conclusion. Les interventions qui ciblent le poids sans tenir compte des émotions liées à la conscience du corps sont susceptibles d'omettre un facteur clé de l'état de santé autoévalué.

Points saillants

- L'approche normative en santé en matière de poids suppose que ce dernier est un indicateur isolé de la santé.
- Nous avons tenté de déterminer si les émotions liées à la conscience du corps étaient associées de manière indépendante à l'état de santé physique et mentale autoévalué chez les jeunes adultes.
- Tant les femmes que les hommes qui ont fait état d'une honte corporelle plus importante et d'une fierté corporelle authentique moins importante percevaient leur état de santé physique et mentale de façon plus négative, même après ajustement pour l'indice de masse corporelle (IMC).
- Les résultats font ressortir l'importance de tenir compte, outre des facteurs physiques comme l'IMC, des facteurs psychosociaux qui contribuent à l'état de santé autoévalué.
- Les interventions qui ciblent le poids sans tenir compte des émotions liées à la conscience du corps sont susceptibles d'omettre un facteur clé de l'état de santé physique et mental autoévalué.

Mots-clés : émotions liées à la conscience de soi, jeunes adultes, indice de masse corporelle, honte corporelle, fierté corporelle, santé, poids

Rattachement des auteurs :

- 1. Faculté de kinésiologie et d'éducation physique, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- 2. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
- 3. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Jennifer O'Loughlin, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Tour Saint-Antoine, 850, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 0A9; tél.: 514-890-8000, poste 15858; courriel: jennifer.oloughlin@umontreal.ca

Introduction

L'approche normative en santé en matière de poids qui domine la société occidentale repose sur de nombreuses hypothèses, notamment que le poids seul est un indicateur clé de la santé, qu'il est possible de contrôler son poids et que la perte de poids est durable et sans danger¹. Au fond, cette approche perçoit le poids comme un facteur central à prendre en compte dans la santé et les soins de santé², utilisant abondamment les termes « surpoids » et « obèse » et assimilant l'« obésité » à une maladie qui doit être éradiquée3. L'utilisation courante de l'indice de masse corporelle (IMC) comme indicateur de « surpoids » dans la pratique clinique et la recherche va dans le même sens, malgré les critiques dont elle fait l'objet, l'IMC ne faisant pas de distinction entre le pourcentage de masse maigre et le pourcentage de graisse corporelle4 et ne tenant pas compte de la race, du genre et de l'âge5,6.

En général, la relation entre l'IMC et la santé est difficile à étudier parce qu'elle est influencée par de multiples facteurs associés à l'adiposité, ces derniers pouvant eux-mêmes avoir également une incidence sur la santé, par exemple le statut socioéconomique, l'effet yo-yo, l'activité physique et les préjugés liés au poids^{3,7}. De plus, l'utilisation de l'IMC (et, implicitement, de l'approche normative du poids) est critiquée, car les discours et les stéréotypes qu'elle perpétue nuisent à la santé, peut-être même plus que les difficultés physiques associées à l'excès de poids^{1,2}.

Il est généralement reconnu que le poids est un élément essentiel du statut social d'une personne et de son acceptation par les autres. Les personnes au poids plus élevé sont souvent perçues comme étant négligées, paresseuses, moins sympathiques, moins gentilles, moins attirantes, ayant moins de succès et ayant une faible estime d'elles-mêmes8,9. La croyance selon laquelle la minceur est supérieure est propagée par de nombreux canaux socioculturels, que ce soit les médias traditionnels et sociaux, les politiques gouvernementales, la conception de l'environnement et de l'espace ou encore les conversations et les relations interpersonnelles9-11. Les individus reconnaissent que le fait d'avoir un poids plus élevé correspond à une identité sociale dévalorisée par la société. Le fait de se considérer comme faisant partie du groupe des personnes au poids plus élevé peut déclencher des processus psychosociaux (comme le besoin d'appartenance) et biologiques (comme l'axe hypothalamohypophyso-surrénalien) qui nuisent à la santé^{12,13}. La simple perception d'avoir un poids plus élevé, indépendamment de l'IMC réel, est associée à des symptômes dépressifs et des idées suicidaires plus nombreux¹⁴ et à un état de santé perçu plus faible¹⁵. Par conséquent, il est nécessaire de développer une compréhension plus nuancée des facteurs psychosociaux liés au poids afin d'éclairer l'élaboration de politiques et de pratiques efficaces et éthiques en matière de poids et de santé^{2,16}.

La honte corporelle est un facteur psychosocial relatif au poids susceptible de nuire à la santé. Il s'agit d'une émotion intense liée à la conscience de soi qu'une personne ressent lorsqu'elle a l'impression que la forme de son corps, son poids ou son apparence physique ne satisfont pas à un idéal sociétal ou personnel en raison d'un défaut personnel incontrôlable et fondamental (par exemple : « Je suis une personne peu attirante »17,18). Selon certaines théories reconnues, les menaces sociales et évaluatives d'autrui12 et les autoévaluations négatives18 peuvent engendrer de la honte corporelle. Le fait d'avoir un poids plus élevé¹⁹, la perception d'avoir un poids plus élevé²⁰ et la perception d'un grand écart entre son poids réel et son poids idéal21 sont tous associés à un sentiment de honte corporelle plus important.

La honte est reconnue comme étant une émotion puissante qui nuit à la santé physique et mentale^{2,13,22}, comme en témoigne son association avec certains indicateurs physiologiques (réactivité du cortisol²³, symptômes dépressifs^{24,25}, estime de soi²⁴, etc.). La honte corporelle peut aussi avoir une incidence indirecte sur la santé physique et mentale en raison de l'évitement de l'activité physique^{20,26}, du retrait social²⁶, du stress élevé lié aux soins de santé²⁷ et de la priorisation de l'amélioration de l'apparence physique au détriment de la santé²⁸. La honte corporelle peut donc avoir une influence importante sur l'état de santé perçu.

Les émotions positives liées au corps peuvent également avoir une influence sur la santé physique et mentale. En effet, ces émotions sont associées à un risque de décès inférieur²⁹ et à des niveaux de bien-être supérieurs³⁰. La fierté corporelle authentique (ci-après appelée « fierté corporelle ») est une émotion à valence positive liée à la conscience du corps qui se manifeste lorsqu'une personne attribue une réalisation positive à ses propres efforts^{17,18}. Il peut s'agir d'efforts qui ont permis à la personne d'atteindre un idéal personnel ou sociétal en ce qui concerne son apparence physique perçue (par exemple, être fier des efforts déployés pour maintenir son apparence)^{17,31}.

Le fait d'avoir un poids plus élevé¹⁹ et de percevoir un écart entre son poids réel et son poids idéalisé est associé à un sentiment de fierté corporelle plus faible tant chez les hommes que chez les femmes^{21,31}. Étant donné que la perception de l'acceptation par les autres favorise des émotions positives liées au corps32, il est possible que les idéaux corporels stricts perpétués par la société et les préjugés bien ancrés à l'égard d'un poids plus élevé diminuent le sentiment de fierté corporelle, en raison d'un manque d'acceptation par les autres ou d'un écart perçu par rapport à l'idéal sociétal18. Un sentiment de fierté corporelle élevé est associé à une estime de soi supérieure, à l'épanouissement, à une diminution des symptômes de dépression, d'anxiété et de troubles alimentaires^{24,33} et à en engagement plus fort en faveur de comportements positifs en matière de santé³⁴. Par conséquent, la fierté corporelle est susceptible de renforcer certaines perceptions de la santé.

Cette étude avait pour objectif de déterminer si la honte corporelle et la fierté corporelle sont associées de facon indépendante à l'état de santé autoévalué chez les jeunes adultes après ajustement pour l'IMC. Les jeunes adultes constituent un groupe d'âge fort intéressant pour la recherche en santé, parce qu'ils traversent de nombreuses transitions de vie maieures dans la mesure où ils établissent leur identité sociale, scolaire et professionnelle et, dans le même temps, ils sont susceptibles d'être encore très réceptifs aux interventions liées au mode de vie et à la santé³⁵. Nous avons effectué des analyses stratifiées selon le genre, en partie parce que les hommes sont rarement étudiés dans ce domaine de la recherche et en partie en raison de différences selon le genre documentées en matière de honte corporelle19 et d'état de santé perçu36. Sur la base de fondements théoriques 13,18,31, nous avons émis l'hypothèse qu'un sentiment de honte corporelle plus fort et un sentiment de fierté corporelle plus faible

seraient associés à une autoévaluation plus faible de l'état de santé physique et mentale à la fois chez les femmes et chez les hommes.

Méthodologie

Approbation éthique

L'étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents (étude NICO) a été approuvée par les comités d'éthique de la Direction régionale de santé publique de Montréal et de l'Université McGill (2007-2384, 2017-6895). L'équipe de recherche a obtenu le consentement parental éclairé et l'assentiment des participants au cycle 1 de l'étude NICO (description fournie plus loin). Les participants (ayant atteint l'âge légal) ont consenti à la collecte de données post-secondaires, dont celle ayant généré les données utilisées dans cette analyse. L'étude NICO est approuvée par le comité d'éthique du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) (ND 06.087). Les participants au cycle 23 ont fourni leur consentement éclairé.

Échantillon de l'étude

Les données ont été tirées de l'étude NICO37, pour laquelle 1294 participants de secondaire 1 âgés de 12 ou 13 ans ont été recrutés en 1999 et 2000, au moyen d'une stratégie d'échantillonnage utilisant des écoles. Plus précisément, 13 écoles secondaires de Montréal et ses environs ont été sélectionnées, en consultation avec les commissions scolaires et les directions d'écoles locales, de façon à inclure une combinaison i) d'écoles francophones et d'écoles anglophones, ii) d'écoles en milieu urbain, en banlieue et en milieu rural et iii) d'écoles situées dans des quartiers à statuts socioéconomiques élevé, moven et faible. Tous les élèves de secondaire 1 ont été considérés comme admissibles à l'étude et les données ont été recueillies en 20 cycles, de secondaire 1 à 5, parmi les élèves ayant accepté de participer. Les données portant sur la période post-secondaire ont été recueillies en 2007-2008 (cycle 21), 2010 à 2012 (cycle 22), 2017 à 2020 (cycle 23) et 2020-2021 (cycle 24), l'âge moyen des participants étant alors de respectivement 20,4 ans, 24,0 ans, 30,5 ans et 33,6 ans. Lors du cycle 1 (au début de l'étude), plusieurs caractéristiques des participants étaient comparables à celles des élèves du même âge ayant participé à l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois de 1999, une étude représentative à l'échelle de la province³⁷.

À l'exception de l'IMC, toutes les données utilisées dans nos analyses ont été recueillies en 2017-2020 lors du cycle 23 (soit le seul cycle à ce jour où les émotions liées à la conscience du corps ont été mesurées), avec un âge moyen des participants de 30,5 ans à ce moment-là. Au total, 799 participants (43,9 % d'hommes) ont rempli le questionnaire du cycle 23. Pour éviter d'utiliser une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'« exposition » (honte corporelle, fierté corporelle) et les variables de « résultat » (état de santé physique autoévalué, état de santé mentale autoévalué), nous avons utilisé les données sur l'IMC du cycle 22. Nous considérons cependant que, de manière générale, cette étude est transversale, puisque la plupart des données sont tirées du cycle 23.

Mesures

Honte corporelle et fierté corporelle

La honte corporelle et la fierté corporelle ont été mesurées à l'aide de sous-échelles de l'échelle BASES (Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale)24. La validité concurrente, convergente, incrémentale et discriminante de l'échelle BASES a été démontrée²⁴. De plus, les deux mesures sont relativement stables au fil du temps : les coefficients de corrélation intraclasse (intervalles de confiance [IC] à 95 %) évaluant la fidélité test-retest après deux semaines étaient de 0,93 (0,85 à 0,97) pour la honte corporelle et de 0,88 (0,72 à 0,95) pour la fierté corporelle. Dans l'échantillon de l'étude NICO, la cohérence interne (α) était de 0,88 pour la honte corporelle et de 0,91 pour la fierté corporelle. Les quatre items de la souséchelle de mesure de la honte corporelle (questions comme « À quelle fréquence vous sentez-vous... honteux/honteuse de votre apparence? ») et les quatre items de la sous-échelle de mesure de la fierté corporelle (questions comme « À quelle fréquence vous sentez-vous... fier/fière d'avoir atteint vos objectifs en matière d'apparence? ») ont reçu un score compris entre 1 (jamais) et 5 (toujours). On a établi une moyenne des items de chaque sous-échelle afin de créer des scores continus allant de 1 à 5.

État de santé physique autoévalué

Pour mesurer l'état de santé physique autoévalué, on a utilisé la question « Dans

l'ensemble, comment évalueriez-vous votre santé? », avec comme choix de réponse « mauvaise », « passable », « bonne », « très bonne » et « excellente » (scores correspondants allant de 1 à 5). On a considéré cette variable comme une variable continue dans les analyses. L'état de santé physique autoévalué a été associé de manière systématique à l'état de santé objectif³⁸ et constitue un prédicteur important de décès³⁹.

État de santé mentale autoévalué

Pour mesurer l'état de santé mentale autoévalué, on a utilisé la question « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre santé mentale? », avec comme choix de réponse « mauvaise », « passable », « bonne », « très bonne » et « excellente » (scores correspondants allant de 1 à 5). L'état de santé mentale autoévalué a également été considéré comme une variable continue dans les analyses. Il existe une corrélation modérée (r = 0.45 à r = 0.48) entre l'état de santé mentale autoévalué et plusieurs mesures bien connues de la santé mentale⁴⁰. En outre, des scores supérieurs pour l'état de santé mentale autoévalué sont associés à un meilleur fonctionnement en matière de santé mentale et à un moins grand nombre de symptômes de détresse psychologique⁴¹.

IMC

La taille et le poids ont été mesurés par des techniciens formés selon un protocole normalisé³⁷. Les mesures ont été prises soit sur place, dans les bureaux de l'étude NICO à Montréal (Canada), soit chez les participants. Pour calculer l'IMC, on a divisé le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré (IMC = kg/m²). On a considéré IMC comme une variable continue dans les analyses. Nous avons utilisé la valeur de l'IMC au cycle 22 plutôt que la valeur au cycle 23 pour nous assurer que l'IMC (qui pourrait être à la fois un facteur médiateur des associations d'intérêt et un facteur de confusion potentiel) ne bloquait pas les associations d'intérêt. Chez les femmes, l'IMC moyen était de 23,8 (écart-type [ET] = 4,7) au cycle 22 et de 25,4 (ET = 5,8) au cycle 23 (r = 0.80). Chez les hommes, l'IMC moven était de 25,1 (ET = 4,4) au cycle 22 et de 26,3 (ET = 4,6) au cycle 23 (r = 0.80). La corrélation entre l'IMC au cycle 22 et l'IMC au cycle 23 était de 0,80 tant chez les femmes que chez les

Caractéristiques sociodémographiques

Les participants ont fourni au cycle 1 leur âge, leur genre et la langue parlée le plus

souvent à la maison (français, anglais, autre) et ont également indiqué s'ils étaient nés au Canada (« oui », « non »), si leur mère avait fait des études universitaires (« oui », « non ») et si eux-mêmes avaient fait des études universitaires (au cycle 23) (« oui », « non »). Nous avons utilisé la valeur du niveau de scolarité des participants au cycle 23 dans la mesure où la scolarité est relativement définitive à l'âge de 31 ans.

Analyse des données

Analyses préliminaires

Nous avons analysé les données pour en vérifier la normalité et pour déceler les valeurs aberrantes42 et manquantes. Les données descriptives ont été exprimées en moyennes et en écarts-types pour les variables continues et en fréquences et en pourcentages pour les variables nominales. Nous avons calculé les coefficients de corrélation de Pearson pour décrire les associations entre les principales variables de l'étude. Même si la corrélation entre la honte corporelle et la fierté corporelle s'est révélée faible (r = -0.179 chez les femmes et r = -0.009 chez les hommes), nous avons élaboré des modèles pour chaque variable d'exposition prise séparément afin d'éviter un surajustement lié à un possible effet médiateur d'une variable sur l'autre.

Analyses univariées et multivariées

La modélisation a été effectuée séparément dans des modèles stratifiés selon le genre. Nous avons d'abord modélisé l'association entre chaque variable d'exposition (honte corporelle, fierté corporelle) et chaque variable de résultat (état de santé physique autoévalué, état de santé mentale évalué) dans des modèles de régression linéaire non ajustés (univariés). Nous avons ensuite appliqué des modèles de régression linéaire multivariés en ajustant pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC. Les paramètres d'intérêt étaient les coefficients bêta pour la honte corporelle et pour la fierté corporelle pour lesquels les IC à 95 % dans les modèles multivariés excluaient la valeur nulle.

Résultats

Le tableau 1 offre une comparaison des diverses caractéristiques des participants retenus et des participants non retenus (participants perdus de vue ou n'ayant pas fourni de données en 2017-2020) pour l'analyse. Sur les 670 filles ayant participé

au cycle 1, 448 (66,9 %) ont fourni des données au cycle 23. Sur les 623 garçons ayant participé au cycle 1, 351 (56,3 %) ont fourni des données au cycle 23. Les participants retenus étaient en moyenne plus jeunes que les participants non retenus et ils étaient également relativement plus nombreux à être nés au Canada et plus nombreux à avoir une mère ayant fait des études universitaires. Pour ce qui est de l'IMC et du fait de parler français à la maison, les résultats étaient similaires entre les participants retenus et les participants non retenus pour l'analyse.

Le tableau 2 présente les valeurs des principales variables de l'étude chez les femmes et chez les hommes au cycle 23. Les femmes affichent des scores plus élevés que les hommes pour la honte corporelle (moyenne de 2,1 [ET = 0,8] contre 1,8 [ET =0,8]). Les scores en matière d'état de santé mentale autoévalué sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (moyenne de 3,4 [ET = 0,9] contre 3,2 [0,9]). En ce qui concerne les scores relatifs à la fierté corporelle et à l'état de santé physique autoévalué, la différence entre les genres est négligeable.

Le tableau 3 présente les coefficients de corrélation de Pearson entre les principales variables de l'étude chez les femmes et chez les hommes. Les résultats des modèles de régression linéaire univariée et multivariée sont présentés dans le tableau 4 pour les femmes et dans le tableau 5 pour les hommes, et les conclusions sont présentées ci-dessous.

Émotions liées au corps et état de santé physique autoévalué chez les femmes

La honte corporelle et l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière modérément négative (r = -0.366) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué diminue. De même, comme l'illustre le modèle 1 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte corporelle est associée négativement à l'état de santé physique autoévalué ($\beta_{brut} = -0.42$; IC à 95 % : -0.51 à -0.32). Dans le modèle 2 du tableau 4, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC ($\beta_{ajust\acute{e}} = -0.37$; IC à 95 % : -0.48 à -0.26), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a diminution de 0,37 du score de l'état de santé physique autoévalué.

La fierté corporelle et l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière faiblement positive (r = 0.230) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 3 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé physique autoévalué (β_{brut} = 0,23; IC à 95 % : 0,14 à 0,33). Dans le modèle 4 du tableau 4, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats ($\beta_{aiusté} = 0,25$; IC à 95 %: 0,15 à 0,35), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0,25 du score de l'état de santé physique autoévalué.

Émotions liées au corps et état de santé mentale autoévalué chez les femmes

La honte corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière modérément négative (r = -0.329) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé mentale autoévalué diminue. De même, comme l'illustre le modèle 5 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte corporelle est associée négativement à l'état de santé mentale autoévalué ($\beta_{brut} = -0.38$; IC à 95 % : -0.48 à -0.28). Dans le modèle 6 du tableau 4, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC ($\beta_{ajust\acute{e}} = -0.38$; IC à 95 %: -0.49 à -0.26), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a diminution de 0,38 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

La fierté corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière faiblement positive (r=0,222) chez les femmes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente, l'état de santé mentale autoévalué augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 7 du tableau 4, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé mentale autoévalué ($\beta_{\rm brut}=0,23$; IC à 95 % : 0,13, 0,32). Dans

TABLEAU 1
Caractéristiques des participants retenus et des participants non retenus pour l'analyse, par genre, étude NICO, 1999-2020

	Filles/	Femmes	Garçons/Hommes		
	Retenues (n = 448)	Non retenues ^a (n = 222)	Retenus (n = 351)	Non retenus ^a (n = 272)	
Âge (moyenne et ET) au cycle 1	12,6 (0,5)	12,9 (0,7)	12,7 (0,5)	12,9 (0,6)	
Né(e) au Canada (en %)	94,0	88,7	93,4	90,1	
Parle français à la maison (en %)	31,7	32,0	29,3	26,8	
Mère ayant fait des études universitaires (en %)	42,6	34,2	50,6	44,1	
IMC ^b (moyenne et écart-type)	19,9 (3,9)	20,4 (4,0)	20,1 (3,8)	20,2 (3,8)	

Abréviations: ET, écart-type; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

le modèle 8 du tableau 4, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats ($\beta_{ajusté}=0,23$; IC à 95 % : 0,13, 0,33), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0,23 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

Émotions liées au corps et état de santé physique autoévalué chez les hommes

La honte corporelle et l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière négativement modérée (r=-0,327) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué diminue. De même, comme l'illustre le modèle 1 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte

corporelle est associée négativement à l'état de santé physique autoévalué ($\beta_{brut}=-0.38,$ IC à 95 % : $-0.49,\,-0.26).$ Dans le modèle 2 du tableau 5, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC ($\beta_{ajusté}=-0.35;$ IC à 95 % : -0.47 à -0.22), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a diminution de 0,35 du score de l'état de santé physique autoévalué.

La fierté corporelle l'état de santé physique autoévalué sont corrélés de manière modérément positive (r=0,340) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente, l'état de santé physique autoévalué augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 3 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté,

la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé physique autoévalué ($\beta_{brut} = 0,29$; IC à 95 % : 0,20 à 0,37). Dans le modèle 4 du tableau 5, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats ($\beta_{ajusté} = 0,32$; IC à 95 % : 0,23 à 0,41), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0,32 du score de l'état de santé physique autoévalué.

Émotions liées au corps et état de santé mentale autoévalué chez les hommes

La honte corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière modérément négative (r = -0.350) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la honte corporelle augmente, l'état de santé mentale autoévalué

TABLEAU 2 Caractéristiques^a des participants à l'étude, par genre, étude NICO, 2017-2020

		Femmes			Hommes			
	Total n ^b	Moyenne (ET) ou % de oui	Intervalle	Total n ^b	Moyenne (ET) ou % de oui	Intervalle		
Âge (en années)	448	30,6 (1,0)	28,5 à 34,1	351	30,6 (1,0)	28,2 à 34,6		
Participant ayant fait des études universitaires	447	62,4 %	_	349	56,4 %	_		
Honte corporelle ^c	447	2,1 (0,8)	1,0 à 5,0	350	1,8 (0,8)	1,0 à 4,8		
Fierté corporelle ^c	447	2,3 (0,9)	1,0 à 5,0	350	2,4 (1,0)	1,0 à 5,0		
État de santé physique autoévalué	446	3,2 (0,9)	1,0 à 5,0	350	3,3 (0,9)	1,0 à 5,0		
État de santé mentale autoévalué	445	3,2 (0,9)	1,0 à 5,0	349	3,4 (0,9)	1,0 à 5,0		
IMC (cycle 22) ^d	384	23,8 (4,7)	16,3 à 45,4	298	25,1 (4,4)	18,1 à 46,0		
IMC (cycle 23)	379	25,4 (5,8)	15,9 à 50,9	296	26,3 (4,6)	18,3 à 47,8		

Abréviations: ET, écart-type; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

a Comprend les participants perdus de vue entre les cycles 1 et 23 et les participants dont les données sont manquantes au cycle 23.

b Au début de l'étude NICO, en 1999-2000.

^a Valeurs mesurées au cycle 23, sauf indication contraire.

b Les totaux diffèrent en raison des données manquantes.

^c Caractéristique mesurée à l'aide des sous-échelles de l'échelle BASES (Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale).

^d Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'exposition et les variables de résultat.

TABLEAU 3

Coefficients de corrélation entre l'âge, l'IMC, le niveau de scolarité des participants, la honte corporelle, la fierté corporelle, l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué chez les femmes (n = 384 à 448ª) et chez les hommes (n = 298 à 351ª), étude NICO, 2017-2020

	Âge	IMC (cycle 22) ^b	Niveau de scolarité du participant	Honte corporelle	Fierté corporelle	État de santé physique autoévalué	État de santé mentale autoévalué
Âge		0,048	-0,196*	0,062	0,090	-0,076	-0,048
IMC (cycle 22) ^b	0,090		-0,205*	0,289*	0,034	-0,192*	0,013
Niveau de scolarité du participant	-0,201*	-0,072		-0,141*	0,015	0,236*	0,119*
Honte corporelle	0,024	0,183*	-0,001		-0,179*	$-0,366^*$	$-0,329^*$
Fierté corporelle	0,046	0,062	0,025	-0,009		0,230*	0,222*
État de santé physique autoévalué	0,001	-0,159*	0,117*	-0,327*	0,340*		0,432*
État de santé mentale autoévalué	-0,007	-0,167*	0,060	-0,350*	0,212*	0,510*	

Abréviations: IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

Remarque: Les données pour les hommes sont présentées dans les cellules grisées. Les coefficients de corrélation sont des coefficients de Pearson.

diminue. De même, comme l'illustre le modèle 5 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la honte corporelle est associée négativement à l'état de santé mentale autoévalué ($\beta_{brut} = -0.47$; IC à 95 % : -0.60 à -0.33). Dans le modèle 6 du tableau 5, le coefficient bêta demeure relativement stable après ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des

participants et l'IMC ($\beta_{ajust\'e} = -0.45$; IC à 95 % : -0.60 à -0.30), ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la honte corporelle, il y a diminution de 0.45 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

La fierté corporelle et l'état de santé mentale autoévalué sont corrélés de manière faiblement positive (r=0,212) chez les hommes (tableau 3), ce qui implique qu'à mesure que la fierté corporelle augmente, l'état de santé mentale autoévalué augmente également. De même, comme l'illustre le modèle 7 du tableau 5, dans le modèle de régression linéaire non ajusté, la fierté corporelle est associée positivement à l'état de santé mentale autoévalué

TABLEAU 4 Coefficients bêta (b) bruts et ajustés et IC à 95 % tirés des modèles de régression linéaire visant à mesurer l'association entre la honte corporelle et la fierté corporelle ainsi que l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué chez les femmes, étude NICO, 2017-2020

	État de santé phy	rsique autoévalué	État de santé me	ntale autoévalué	
	β _{brut} (IC à 95 %)	$\beta_{ajust\acute{e}}^{a}$ (IC à 95 %)	β _{brut} (IC à 95 %)	$\beta_{ajust\acute{e}}^{a}$ (IC à 95 %)	
Modèle	1 n = 445	2 n = 381 ^b	5 n = 445	6 n = 381 ^b	
Honte corporelle	0,42 (-0,51 à -0,32)	-0,37 (−0,48 à −0,26)	−0,38 (−0,48 à −0,28)	−0,38 (−0,49 à −0,26)	
Âge	_	-0,04 (-0,13 à 0,06)	_	-0,05 (-0,14 à 0,05)	
Niveau de scolarité du participant	_	0,33 (0,15 à 0,52)	_	0,22 (0,03 à 0,41)	
IMC ^c	_	-0,01 (-0,03 à 0,01)	_	0,03 (0,01 à 0,05)	
R^2	0,13	0,18	0,11	0,12	
F	68,5	19,6	53,8	13,1	
Modèle	3 n = 444	4 n = 381 ^b	7 n = 444	8 n = 381 ^b	
Fierté corporelle	0,23 (0,14 à 0,33)	0,25 (0,15 à 0,35)	0,23 (0,13 à 0,32)	0,23 (0,13 à 0,33)	
Âge	_	-0,07 (-0,16 à 0,02)	_	-0,08 (-0,18 à 0,02)	
Niveau de scolarité du participant	_	0,35 (0,16 à 0,54)	_	0,24 (0,04 à 0,44)	
IMC ^c	_	−0,03 (−0,05 à −0,01)	_	0,01 (-0,01 à 0,03)	
R^2	0,05	0,14	0,10	0,10	
F	24,8	14,9	22,9	7,5	

Abréviations : IC, intervalle de confiance; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

Remarque: Les caractères gras indiquent que l'IC à 95 % exclut la valeur nulle de la variable d'exposition étudiée.

a Les totaux diffèrent en raison des données manquantes.

b Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre variables d'exposition et variables de résultat.

^{*} Significatif à $p \le 0.05$.

^a Modèle ajusté en fonction de l'âge, du niveau de scolarité des participants (au cycle 23) et de l'IMC (au cycle 22).

b Les totaux des modèles ajustés diffèrent des totaux des modèles non ajustés en raison de données manquantes sur le niveau de scolarité des participants ou leur IMC.

c Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'exposition et les variables de résultat.

TABLEAU 5

Coefficients bêta (b) bruts et ajustés et IC à 95 % tirés des modèles de régression linéaire visant à mesurer l'association entre la honte corporelle et la fierté corporelle ainsi que l'état de santé physique autoévalué et l'état de santé mentale autoévalué chez les hommes, étude NICO, 2017 à 2020

	État de santé phy	sique autoévalué	État de santé me	ntale autoévalué
	β _{brut} (IC à 95 %)	β _{ajusté} (IC à 95 %)	β _{brut} (IC à 95 %)	β _{ajusté} a (IC à 95 %)
Modèle	1 n = 349	2 n = 295 ^b	5 n = 349	6 n = 295 ^b
Honte corporelle	-0,38 (-0,49 à -0,26)	−0,35 (−0,47 à −0,22)	−0,47 (−0,60 à −0,33)	-0,45 (-0,60 à -0,30)
Âge	_	0,04 (-0,07 à 0,14)	_	0,06 (-0,06 à 0,18)
Niveau de scolarité du participant	_	0,25 (0,06 à 0,45)	_	0,14 (-0,09 à 0,37)
IMC ^c	_	-0,02 (-0,04 à 0,002)	_	-0,03 (-0,05 à 0,001)
R^2	0,11	0,13	0,12	0,14
F	41,8	11,0	48,6	11,6
Modèle	3 n = 348	$\begin{array}{c} 4 \\ n = 294^{\text{b}} \end{array}$	7 n = 348	8 n = 294 ^b
Fierté corporelle	0,29 (0,20 à 0,37)	0,32 (0,23 à 0,41)	0,21 (0,12 à 0,30)	0,21 (0,10 à 0,32)
Âge	_	-0,01 (-0,11 à 0,19)	_	0,02 (-0,11 à 0,14)
Niveau de scolarité du participant	_	0,22 (0,03 à 0,41)	_	0,12 (-0,11 à 0,36)
IMC ^c	_	-0,04 (−0,06 à −0,01)	_	−0,04 (−0,07 à −0,02)
R^2	0,12	0,18	0,10	0,10
F	45,5	16,2	16,3	6,1

Abréviations : IC, intervalle de confiance; IMC, indice de masse corporelle; NICO, étude sur la dépendance à la nicotine chez les adolescents.

Remarque : Les caractères gras indiquent que l'IC à 95 % exclut la valeur nulle de la variable d'exposition étudiée.

 $(\beta_{brut}=0.21; IC à 95\%:0.12 à 0.30)$. Dans le modèle 8 du tableau 5, l'ajustement pour l'âge, le niveau de scolarité des participants et l'IMC n'a aucune incidence sur l'interprétation des résultats $(\beta_{ajusté}=0.21; IC à 95\%:0.10 à 0.32)$, ce qui implique qu'avec chaque augmentation d'une unité du score de la fierté corporelle, il y a augmentation de 0.21 du score de l'état de santé mentale autoévalué.

Analyse

La perte de poids est un élément dominant des approches en santé dans la société occidentale, et ce, même si un corpus important de données probantes montre que la perte de poids n'est pas viable pour la plupart des gens et que l'effet yo-yo a des effets néfastes sur la santé^{2,3,43}. Cette étude porte sur les associations entre les émotions liées à la conscience du corps, soit la honte corporelle et la fierté corporelle, et l'état de santé physique et mentale autoévalué chez de jeunes adultes. D'après nos résultats, tant les hommes que les femmes ayant déclaré un sentiment de honte corporelle plus fort et un sentiment de fierté corporelle plus faible percevaient leur santé globale de façon plus négative,

même après ajustement pour l'IMC. Ces résultats font ressortir l'importance de tenir compte des facteurs psychosociaux qui contribuent à l'état de santé autoévalué, et pas seulement des facteurs physiques comme l'IMC.

Nos conclusions quant à l'existence de liens entre un sentiment de honte corporelle plus fort et un état de santé autoévalué plus faible concordent avec des fondements théoriques^{2,13,22} ainsi qu'avec des données empiriques relativement à l'élévation du taux de cortisol²³ et à la présence de symptômes de maladie mentale²⁵. Nos conclusions vont également dans le même sens que les associations observées entre, d'une part, un sentiment de fierté corporelle plus fort et, d'autre part, un moins grand nombre de symptômes de maladie mentale et des niveaux de bien-être déclaré supérieurs^{24,33}. Si on sait déjà grâce à des études antérieures^{22,25} que les émotions liées à la conscience de soi globale et certains indicateurs de santé sont corrélés, nos résultats révèlent l'importance de tenir compte de ces émotions dans le contexte du corps et de l'apparence. Compte tenu de l'importance que la société occidentale accorde à l'apparence, de la pression à respecter les normes strictes auxquelles et les hommes et les femmes sont soumis en ce qui concerne le poids11 et des données probantes selon lesquelles l'apparence d'une personne est un fort prédicteur de son degré d'estime d'elle-même44, il n'est pas surprenant de constater que la façon dont les individus se sentent par rapport à leur corps a une forte influence sur la perception globale de leur santé. Nos conclusions ont d'importantes répercussions pratiques : elles tendent à indiquer que les interventions visant à calmer les émotions afin de promouvoir la santé globale perçue (comme les programmes de comportement en matière de santé neutres du point de vue du poids) devraient cibler spécifiquement les antécédents connus et les expériences en matière de honte et de fierté à l'égard de son corps¹⁸.

Tant chez les hommes que chez les femmes, les associations entre l'IMC et l'état de santé mentale autoévalué ne sont pas uniformes dans les modèles ajustés : elles sont significatives seulement dans le modèle de honte corporelle chez les femmes et dans le modèle de fierté corporelle chez les hommes. Ces résultats s'ajoutent à une littérature non unanime sur l'association entre un poids plus élevé

a Modèle ajusté en fonction de l'âge, du niveau de scolarité des participants (au cycle 23) et de l'IMC (au cycle 22).

b Les totaux des modèles ajustés diffèrent des totaux des modèles non ajustés en raison de données manquantes sur le niveau de scolarité des participants ou leur IMC.

c Les données sur l'IMC au cycle 22 ont été utilisées pour éviter d'employer une valeur d'IMC s'inscrivant dans l'enchaînement de causalité entre les variables d'exposition et les variables de résultat.

et des symptômes de maladie mentale. Au moins une étude⁴⁵ a fait état d'une association positive, tandis que plusieurs associations nulles ont été observées après prise en compte de variables psychosociales (comme la perception du poids)¹⁴. Une autre étude a fait état d'associations chez les femmes seulement⁴⁶.

Dans l'ensemble, nos résultats sur les émotions en liaison avec la conscience du corps cadrent avec les théories et les modèles relatifs aux préjugés concernant le poids13 ainsi qu'aux données empiriques sur le sujet⁴⁷, ce qui confirme que les réponses psychologiques aux identités et à la stigmatisation fondées sur le poids (comme de mauvais traitements interpersonnels ou des préjugés) nuisent à la santé mentale. Nos conclusions renforcent le corpus récent de recherche sur les associations entre honte corporelle, fierté corporelle et symptômes de maladie mentale chez les jeunes adultes48, en faisant ressortir que les réactions émotionnelles à l'apparence corporelle sont susceptibles d'être un facteur plus important que le poids lui-même. Étant donné que la maladie mentale chez les jeunes adultes est un facteur prédictif de maladies cardiovasculaires et de risque élevé de décès aux âges moyen et mûr49, les émotions liées à la conscience du corps seraient un point important à cibler en matière d'interventions visant à atténuer les symptômes de maladie mentale et à favoriser le bien-être chez les jeunes adultes.

Bien que nos résultats confirment que les émotions liées à la conscience du corps sont associées à l'état de santé autoévalué, les mécanismes qui sous-tendent ces associations demeurent inconnus. Plusieurs processus sont susceptibles de jouer un rôle important. Outre leur contribution à l'émergence d'un dérèglement physiologique au fil du temps en raison d'expériences cumulatives²², les émotions liées à la conscience de soi pourraient avoir une incidence indirecte sur l'état de santé perçu par leur capacité à motiver ou à décourager les comportements en matière de santé. En effet, les émotions liées à la conscience de soi motivent les comportements de santé qui sont perçus comme moraux et socialement acceptables18, et les approches normatives du poids en matière de santé ont perpétué l'idée que les comportements de santé sont moraux en utilisant le santéisme (discours voulant que la santé puisse être atteinte par la discipline et l'effort, et que la santé soit quelque chose que les citovens moraux devraient viser)^{1,3}. Or la honte corporelle favorise l'évitement des contextes dans lesquels on se sent vulnérable à la honte, tandis que la fierté corporelle renforce la participation à des activités qui suscitent un sentiment de fierté¹⁸. Des niveaux supérieurs de honte corporelle et inférieurs de fierté corporelle sont ainsi systématiquement associés à des niveaux moindres d'activité physique^{17,20,34}, tandis que la honte corporelle est liée à un plus fort évitement des soins de santé chez les femmes²⁷. Les études longitudinales portant sur les mécanismes qui sous-tendent cette association sont une voie importante à considérer pour les recherches futures.

Répercussions

Nos conclusions se rapportent aux émotions à l'échelle de l'individu, mais elles ont aussi des répercussions à l'échelle sociétale sur l'importance des discours implicites en matière de poids dans les soins de santé, en éducation et dans les politiques gouvernementales qui contribuent à susciter ces émotions. Par exemple, les programmes de dépistage fondés sur l'IMC dans les écoles utilisent parfois l'IMC comme seul indicateur de santé et renforcent la surveillance régulière du poids chez les jeunes. Les politiques du gouvernement du Canada ont beaucoup véhiculé l'idée que le poids est entièrement contrôlable et que les individus devraient chercher activement à contrôler leur poids⁵⁰. Les expériences en matière de soins de santé sont souvent décrites comme étant stigmatisantes et sources de honte, et la honte est le facteur le plus souvent à l'origine de l'évitement des soins de santé16. Par conséquent, il est essentiel d'apporter des changements systémiques où l'importance du poids est considérée de manière inclusive et qui visent à atténuer les sentiments de honte corporelle et à favoriser les émotions positives liées à la conscience du corps. Conformément aux approches de santé inclusives à l'égard du poids2,51, il faut se doter de politiques et de programmes qui favorisent le bien-être et l'adoption durable de comportements liés à la santé pour les personnes de tout poids. Il est important d'élaborer ces politiques et ces programmes en tenant compte du fait qu'il existe des facteurs incontrôlables et de plus grande portée (accès aux aliments, génétique, etc.) qui jouent également un rôle dans le poids et dans la santé.

Points forts et limites

L'un des points forts de cette étude est le fait qu'elle porte sur les jeunes adultes, une population sous-étudiée dans ce domaine, et qu'elle s'intéresse tant aux émotions positives qu'aux émotions négatives liées au corps en tant que variables d'exposition. En outre, ces données offrent un fondement aux discussions sur la façon de réorienter les pratiques et les politiques en matière de santé, lesquelles sont trop axées sur le poids. Enfin, les analyses ont été effectuées séparément chez les hommes et chez les femmes.

L'une des limites de cette étude est sa nature transversale, qui empêche l'inférence causale. Les études à venir devraient être longitudinales et établir la temporalité entre exposition et résultat. La confusion résiduelle pourrait constituer un problème en raison de facteurs de confusion potentiels mal mesurés ou de données manquantes sur les facteurs de confusion potentiels⁵². L'attrition de participants depuis le début de l'étude est susceptible d'avoir introduit un biais de sélection. Des erreurs de mémoire liées aux données autodéclarées sont susceptibles d'avoir introduit un biais de classification erronée. L'utilisation d'un échantillon d'écoles choisies à dessein pour le recrutement des participants est susceptible d'avoir rendu les résultats moins généralisables. Enfin, la puissance statistique limitée de cette étude a pu réduire notre capacité à détecter certaines associations.

Conclusion

Cette étude a porté sur les associations entre les émotions liées à la conscience du corps et l'état de santé autoévalué chez les jeunes adultes. Tant chez les hommes que chez les femmes, la honte corporelle et la fierté corporelle ont été associées à l'état de santé autoévalué, même après ajustement pour l'IMC. Bien que l'IMC et les émotions liées à la conscience du corps soient probablement inextricablement liés de façon complexe, les résultats font ressortir l'importance de tenir compte des facteurs psychosociaux qui contribuent à la santé chez les jeunes adultes et soulèvent des préoccupations quant à la possibilité que les interventions préventives axées principalement sur l'IMC omettent, en ne tenant pas compte des émotions liées à la conscience du corps, un facteur clé de l'état de santé autoévalué.

Remerciements

L'étude NICO a été financée par les subventions 010271, 017435 et 704031 de la Société canadienne du cancer et par la subvention 451832 des Instituts de recherche en santé du Canada. Les organismes de financement n'ont pas participé à la conception ou à la réalisation de l'étude, à la collecte, à la gestion, à l'analyse ou à l'interprétation des données, ni à la préparation, à la révision ou à l'approbation du manuscrit. KML bénéficiait d'une bourse de doctorat du Conseil de recherches en sciences humaines au moment de la préparation du manuscrit. CMS est titulaire d'une chaire de recherche du Canada en activité physique et santé mentale. JOL a été titulaire d'une chaire de recherche du Canada en déterminants précoces de la maladie chronique à l'âge adulte de 2004 à 2021. EOL est titulaire d'une bourse salariale postdoctorale du Fonds de recherche du Québec - Santé.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit à déclarer.

Contributions des auteures et avis

Conception: KML, EOL, CMS, SM, RHO, JOL. Analyse: EOL, KML, JOL. Rédaction de la première version du manuscrit: KML, EOL. Acquisition des fonds: JOL. Méthodologie (incluant la conception de l'étude et la collecte des données): JOL. Supervision: CMS, JOL. Relecture et révision du manuscrit: KML, EOL, CMS, SM, RHO, JOL.

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

Références

- Calogero RM, Tylka TL, Mensinger JL, Meadows A, Daníelsdóttir S. Recognizing the fundamental right to be fat: a weight-inclusive approach to size acceptance and healing from sizeism. Women Ther. 2019;42(1-2): 22-44. https://doi.org/10.1080/02703 149.2018.1524067
- 2. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, et al. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health:

- evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. J Obes. 2014;983495. https://doi.org/10.1155/2014/983495
- . Calogero RM, Tylka TL, Mensinger JL. Scientific weightism: a view of mainstream weight stigma research through a feminist lens. Dans: Roberts T-A, Curtin N, Duncan LE, Cortina LM, directeurs. Feminist perspectives on building a better psychological science of gender. New York (NY): Springer International Publishing; 2016:9-28.
- Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, et al. Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. Int J Obes. 2008;32(6):959-966. https://doi.org/10.1038/ijo.2008.11
- Rothman KJ. BMI-related errors in the measurement of obesity. Int J Obes. 2008;32(Suppl 3):S56-S59. https://doi.org/10.1038/ijo.2008.87
- Stanford FC, Lee M, Hur C. Race, ethnicity, sex, and obesity: is it time to personalize the scale? [Lettre] Mayo Clin Proc. 2019;94(2):362-363. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.014
- Rask-Andersen M, Karlsson T, Ek WE, Johansson A. Gene-environment interaction study for BMI reveals interactions between genetic factors and physical activity, alcohol consumption and socioeconomic status. PLOS Genet. 2017;13(9):e1006977. https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1006977
- Musher-Eizenman D, Carels RA. The impact of target weight and gender on perceptions of likeability, personality attributes, and functional impairment. Obes Facts. 2009;2(5):311-317. https://doi.org/10.1159/000235915
- Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity. 2009;17(5):941-964. https://doi.org/10.1038/oby.2008.636
- Lucibello KM, Vani MF, Koulanova A, DeJonge ML, Ashdown-Franks G, Sabiston CM. #quarantine15: a content analysis of Instagram posts during COVID-19. Body Image. 2021;38:148-156. https://doi.org/10.1016/j.bodyim .2021.04.002

- 11. Tiggemann M. Sociocultural perspectives on body image. In: Cash T, editor. Encyclopedia of body image and human appearance. Vol. 2. Cambridge (MA): Academic Press; 2012:758-765. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00120-6
- 12. Dickerson SS, Gruenewald TL, Kemeny ME. When the social self is threatened: shame, physiology, and health. J Personal. 2004;72(6):1191-1216. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x
- 13. Hunger JM, Major B, Blodorn A, Miller CT. Weighed down by stigma: how weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. Soc Personal Psychol Compass. 2015;9(6):255-268. https://doi.org/10.1111/spc3.12172
- 14. Haynes A, Kersbergen I, Sutin A, Daly M, Robinson E. Does perceived overweight increase risk of depressive symptoms and suicidality beyond objective weight status? A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2019;73:101753. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101753
- 15. Idema CL, Roth SE, Upchurch DM. Weight perception and perceived attractiveness associated with self-rated health in young adults. Prev Med. 2019;120:34-41. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.01.001
- 16. Lee JA, Pausé CJ. Stigma in practice: barriers to health for fat women. Front Psychol. 2016;7:2063. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02063
- 17. Sabiston CM, Brunet J, Kowalski KC, Wilson PM, Mack DE, Crocker PR. The role of body-related self-conscious emotions in motivating women's physical activity. J Sport Exerc Psychol. 2010;32(4):417-437. https://doi.org/10.1123/jsep.32.4.417
- 18. Tracy JL, Robins RW. Putting the self into self-conscious emotions: a theoretical model. Psychol Inq. 2004;15(2): 103-125. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1502 01
- Pila E, Brunet J, Crocker PR, Kowalski KC, Sabiston CM. Intrapersonal characteristics of body-related guilt, shame, pride, and envy in Canadian adults. Body Image. 2016;16:100-106. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.001

- Lucibello KM, Sabiston CM, O'Loughlin EK, O'Loughlin JL. Mediating role of body-related shame and guilt in the relationship between weight perceptions and lifestyle behaviours. Obes Sci Pract. 2020;6(4):365-372. https://doi.org/10.1002/osp4.415
- Castonguay AL, Brunet J, Ferguson L, Sabiston CM. Weight-related actual and ideal self-states, discrepancies, and shame, guilt, and pride: examining associations within the process model of self-conscious emotions. Body Image. 2012;9(4):488-494. https:// doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.07.003
- Dolezal L, Lyons B. Health-related shame: an affective determinant of health? Med Humanit. 2017;43(4): 257-263. https://doi.org/10.1136/
 /medhum-2017-011186
- 23. Lupis SB, Sabik NJ, Wolf JM. Role of shame and body esteem in cortisol stress responses. J Behav Med. 2016; 39(2):262-275. https://doi.org/10.1007/s10865-015-9695-5
- Castonguay AL, Sabiston CM, Crocker PR, Mack DE. Development and validation of the body and appearance self-conscious emotions scale (BASES). Body Image. 2014;11(2):126-136. https:// doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.12.006
- 25. Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS. Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2011;137(1):68-96. https://doi.org/10.1037/a0021466
- Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and internalized weight stigma: a formulation model for an emerging psychological problem. Behav Cogn Psychother. 2015;43(2):239-252. https://doi.org/10.1017/s1352465813000763
- 27. Mensinger JL, Tylka TL, Calamari ME. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: a study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. Body Image. 2018; 25:139-147. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.001
- 28. Lamont JM. Effects of body shame on poor health decisions: the mediating role of body responsiveness. Curr Psychol. 2021;40(11):5489-5498. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00528-y

- 29. Xu J, Roberts RE. The power of positive emotions: it's a matter of life or death—subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. Health Psychol. 2010;29(1): 9-19. https://doi.org/10.1037/a0016767
- 30. Beard K, Eames C, Withers P. The role of self-compassion in the wellbeing of self-identifying gay men. J Gay Lesbian Ment Health. 2017;21(1): 77-96. https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1233163
- 31. Mackowiak R, Lucibello KM, Gilchrist JD, Sabiston CM. Examination of actual and ideal body-related characteristics and body-related pride in adult males. Am J Men's Health. 2019;13(5):1557988319874642. https://doi.org/10.1177/1557988319874642
- 32. Wood-Barcalow NL, Tylka TL, Augustus-Horvath CL. "But I like my body": positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. Body Image. 2010;7(2):106-116. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001
- 33. Gilchrist JD, Lucibello KM, Pila E, Crocker PR, Sabiston CM. Emotion profiles among adolescent female athletes: associations with flourishing. Body Image. 2021;39:166-174.
- 34. Castonguay AL, Pila E, Wrosch C, Sabiston CM. Body-related self-conscious emotions relate to physical activity motivation and behavior in men. Am J Men's Health. 2015;9(3): 209-221. https://doi.org/10.1177/1557988314537517
- 35. Nelson LJ, Padilla-Walker LM. Flourishing and floundering in emerging adult college students. Emerg Adulthood. 2013;1(1):67-78. https://doi.org/10.1177/2167696812470938
- 36. Bauldry S, Shanahan MJ, Boardman JD, Miech RA, Macmillan R. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. Soc Sci Med. 2012;75(7):1311-1320. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.017
- 37. O'Loughlin J, Dugas EN, Brunet J, et al. Cohort profile: the Nicotine Dependence in Teens (NDIT) study. Int J Epidemiol. 2015;44(5):1537-1546. https://doi.org/10.1093/ije/dyu135

- 38. Wu S, Wang R, Zhao Y, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health. 2013;13:320. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320
- 39. DeSalvo KB, Fan VS, McDonell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. Health Serv Res. 2005; 40(4):1234-1246. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00404.x
- 40. Fleishman JA, Zuvekas SH. Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning. Med Care. 2007;45(7):602-609. https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31803bb4b0
- 41. McAlpine DD, McCreedy E, Alang S. The meaning and predictive value of self-rated mental health among persons with a mental health problem. J Health Soc Behav. 2018;59(2):200-214. https://doi.org/10.1177/0022146 518755485
- 42. Garson GD. Testing statistical assumptions [e-book]. Asheboro (NC): Statistical Associates Publishing; 2012.
- 43. Mehta T, Smith DL, Muhammad J, Casazza K. Impact of weight cycling on risk of morbidity and mortality. Obes Rev. 2014;15(11):870-881. https://doi.org/10.1111/obr.12222
- 44. Harter S. The construction of the self: developmental and sociocultural foundations. 2° éd. New York (NY): The Guilford Press; 2012.
- 45. Zhao G, Ford ES, Dhingra S, Li C, Strine TW, Mokdad AH. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. Int J Obes. 2009;33(2):257-266. https://doi.org/10.1038/ijo.2008.268
- 46. Mulugeta A, Zhou A, Power C, Hyppönen E. Obesity and depressive symptoms in mid-life: a population-based cohort study. BMC Psychiatry. 2018;18(1):297. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1877-6

- 47. Lee MS, Gonzalez BD, Small BJ, Thompson JK. Internalized weight bias and psychological wellbeing: an exploratory investigation of a preliminary model. PLOS ONE. 2019;14(5): e0216324. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216324
- 48. Mendia J, Pascual A, Conejero S, Mayordomo S. The relationship between body and appearance-related self-conscious emotions and disordered eating: the mediating role of symptoms of depression and anxiety. Int J Psychol Ther. 2021; 21(1):93-105.
- 49. Shah AJ, Veledar E, Hong Y, Bremner JD, Vaccarino V. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(11):1135-1142. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.125
- 50. Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine M. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. Can J Public Health. 2017;108(5-6):e598-e608. https://doi.org/10.17269/cjph.108.6044
- 51. Association for size diversity and health (ASDAH). About health at every size (HAES) [Internet]. Phoenix (AZ): 2022. En ligne à : https://www.sizediversityandhealth.org/content.asp?id=152
- 52. Moral-García JE, Agraso-López AD, Ramos-Morcillo AJ, Jiménez A, Jiménez-Eguizábal A. The influence of physical activity, diet, weight status and substance abuse on students' self-perceived health. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(4):1387. https://doi.org/10.3390/ijerph17041387

Recherche quantitative originale

Associations entre les déterminants sociaux de la santé et le statut pondéral des enfants d'âge préscolaire : une étude de population

Jessica Wijesundera, B. Sc. (1); Padma Kaul, Ph. D. (2); Anamaria Savu, Ph. D. (2); Sunjidatul Islam, Ph. D. (2); Douglas C. Dover, Ph. D. (2); Linn E. Moore, Ph. D. (2); Andrea M. Haqq, Ph. D. (1); Geoff D.C. Ball, Ph. D. (1)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir une incidence sur le poids des enfants. Notre objectif était d'étudier les relations entre les déterminants sociaux de la santé et le poids des enfants d'âge préscolaire.

Méthodologie. Cette étude de cohorte rétrospective portait sur 169 465 enfants (âgés de 4 à 6 ans) dont les mesures anthropométriques ont été prises lors de rendez-vous de vaccination de 2009 à 2017 à Edmonton et à Calgary (Canada). Les enfants ont été classés par statut pondéral sur la base des critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les données sur les mères ont été jumelées aux données sur les enfants. Les indices de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon ont été utilisés pour évaluer la défavorisation. Nous avons utilisé une régression logistique multinomiale pour générer des rapports de risque relatif (RRR) afin d'étudier les associations entre, d'une part, le groupe ethnique, le statut d'immigration de la mère, le revenu des ménages du quartier, la résidence en milieu urbain ou rural et la défavorisation matérielle et sociale et, d'autre part, le statut pondéral de l'enfant.

Résultats. Les enfants d'origine chinoise risquaient moins que ceux de la population générale de faire de l'embonpoint (RRR = 0,64, IC à 95 % : 0,61 à 0,69) ou de l'obésité (RRR = 0,51, 0,42 à 0,62). Les enfants d'origine sud-asiatique risquaient plus que ceux de la population générale d'être en situation d'insuffisance pondérale (RRR = 4,14, 3,54 à 4,84) ou d'obésité (RRR = 1,39, 1,22 à 1,60). Les enfants de mère immigrante risquaient moins que les autres à être en situation d'insuffisance pondérale (RRR = 0,72, 0,63 à 0,82) ou d'obésité (RRR = 0,71, 0,66 à 0,77). La probabilité que les enfants fassent de l'embonpoint (RRR = 0,95, 0,94 à 0,95) ou de l'obésité (RRR = 0,88, 0,86 à 0,90) diminuait avec chaque passage à la tranche de revenu de 10 000 \$ CA supérieure. Par rapport au quintile le moins défavorisé, les enfants du quintile le plus défavorisé sur le plan matériel risquaient plus de présenter une insuffisance pondérale (RRR = 1,36, 1,13 à 1,62), un surpoids (RRR = 1,52, 1,46 à 1,58) ou de l'obésité (RRR = 2,83, 2,54 à 3,15). Par rapport au quintile le moins défavorisé, les enfants du quintile le plus socialement défavorisé risquaient plus de présenter un surpoids (RRR = 1,21, 1,17 à 1,26) ou de l'obésité (RRR = 1,40, 1,26 à 1,56). Tous les résultats sont significatifs à p < 0,001.

Conclusion. Nos constatations indiquent qu'il est nécessaire de mettre en place des interventions et des politiques qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé chez les enfants d'âge préscolaire afin d'optimiser leur poids et leur santé.

Points saillants

- Nous avons observé des associations entre les principaux déterminants sociaux de la santé et un poids malsain chez les enfants d'âge préscolaire.
- Les enfants d'origine chinoise risquaient moins de présenter un surpoids ou de l'obésité et les enfants d'origine sud-asiatique risquaient plus d'être en situation d'insuffisance pondérale ou d'obésité.
- Les enfants de mère immigrante risquaient moins que les autres d'être en situation d'insuffisance pondérale ou d'obésité.
- À chaque passage à une tranche de revenu de 10 000 \$ CA supérieure, les enfants risquaient moins de présenter un surpoids ou de l'obésité.
- Les enfants du quintile le plus défavorisé sur le plan matériel risquaient plus que les autres de présenter une insuffisance pondérale ou un surpoids ou de l'obésité. Les enfants du quintile le plus défavorisé sur le plan social risquaient plus que les autres de présenter un surpoids ou de l'obésité.

Mots-clés : déterminants sociaux de la santé, malnutrition infantile, surpoids infantile, santé de la population

Rattachement des auteurs :

1. Département de pédiatrie, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

2. Centre canadien VIGOUR, Département de médecine, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Correspondance: Geoff D.C. Ball, Département de pédiatrie, Université de l'Alberta, 4-515 Edmonton Clinic Health Academy, 11405, 87e avenue nord-ouest, Edmonton (Alberta) T6G 1C9; courriel: gdball@ualberta.ca

Introduction

La santé pendant l'enfance est essentielle pour un développement et un bien-être optimaux tout au long de la vie¹. De nombreux problèmes de santé comme l'obésité, les maladies cardiaques et les maladies mentales prennent racine dès l'enfance². Étant donné que ces problèmes de santé chroniques sont susceptibles de nuire au potentiel économique et à la participation à la société tout au long de la vie, les interventions pendant la petite enfance vont pouvoir améliorer le développement physique, émotionnel et social³.

Des millions d'enfants dans le monde souffrent d'insuffisance pondérale, de surpoids et d'obésité. L'insuffisance pondérale est un facteur crucial chez les enfants d'âge préscolaire, car elle est associée à un retard du développement cognitif et à un mauvais rendement scolaire4,5. Le surpoids et l'obésité peuvent accroître le risque de maladies chroniques (diabète de type 2, maladies cardiaques) et nuire à la santé et au bien-être psychologiques^{6,7}. L'incidence du surpoids et de l'obésité sur la santé et le bien-être a augmenté depuis l'émergence de la pandémie de coronavirus, dans la mesure où l'embonpoint semble augmenter le risque de complications respiratoires de la COVID-198.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les déterminants sociaux de la santé comme les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent9. Plusieurs études ont fait ressortir des relations importantes entre ces déterminants et le statut pondéral des enfants. Par exemple, les minorités ethniques sont touchées de facon disproportionnée par l'obésité infantile aux États-Unis¹⁰. Selon un rapport canadien, les scores z moyens de l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants d'immigrants à la deuxième génération (parents nés au Canada) étaient plus élevés que ceux des enfants d'immigrants à la première génération (parents nés à l'étranger) et des enfants de grands-parents nés au Canada11. La proportion d'enfants obèses est particulièrement élevée dans les quartiers à faible revenu, selon une étude menée à Toronto12. Bien qu'il existe peu de données sur la défavorisation des quartiers ou sur le milieu de résidence (urbain/rural) et leurs associations avec le statut pondéral des enfants canadiens, une étude longitudinale menée par Carter et ses collaborateurs13 a révélé un lien positif entre la défavorisation matérielle des quartiers et un poids supérieur chez les enfants.

Le mécanisme par lequel les déterminants sociaux de la santé influent sur le poids de l'enfant comprend divers facteurs (voir l'annexe S1 de la documentation complémentaire), notamment des différences en matière de perception du poids selon la culture et le revenu, le rôle parental dans l'alimentation (pratiques parentales d'alimentation des enfants) et l'activité physique. Ces différences peuvent soit protéger les enfants, soit les prédisposer à un poids malsain.

La littérature comporte plusieurs limites concernant l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur le statut pondéral des enfants d'âge préscolaire. Premièrement, certains rapports intègrent des données anthropométriques autodéclarées ou déclarées par d'autres personnes, qui sont sujettes à des biais14,15. Deuxièmement, les recherches sur les enfants ayant une insuffisance pondérale dans les pays développés sont limitées et l'insuffisance pondérale peut toucher de façon disproportionnée certains groupes démographiques ou socioéconomiques. Enfin, il existe peu de littérature sur les liens entre, d'une part, le groupe ethnique, le statut d'immigration de la mère et la défavorisation sociale et matérielle et, d'autre part, le statut pondéral des enfants canadiens d'âge préscolaire. L'amélioration de la compréhension des contextes environnementaux permettrait d'orienter les interventions et les politiques ciblées en matière de santé¹⁶. Compte tenu de ces enjeux, nous nous sommes fixé pour objectif d'étudier les associations entre les déterminants sociaux de la santé - le groupe ethnique, le statut d'immigration de la mère, le revenu des ménages du quartier, le milieu de résidence urbain/rural) et la défavorisation matérielle et sociale - et le statut pondéral des enfants d'âge préscolaire en Alberta (Canada).

Méthodologie

Approbation éthique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de l'Alberta (Pro00020230). Le comité d'éthique a déterminé que la recherche constituait une étude rétrospective d'une base de données pour laquelle l'obtention du consentement des participants à l'accès

à des renseignements médicaux personnels permettant de les identifier ne serait pas raisonnable, faisable ou pratique.

Population à l'étude

Cette étude a porté sur des enfants d'âge préscolaire (âgés de 4 à 6 ans) nés en Alberta (Canada) entre le 1er janvier 2005 et le 29 novembre 2013 et qui s'étaient rendus dans des bureaux de la santé publique d'Edmonton et de Calgary pour recevoir des vaccins entre janvier 2009 et novembre 2017. Selon le recensement de 2016 de Statistique Canada¹⁷, Edmonton et Calgary comptaient une plus grande proportion de personnes d'origine chinoise et d'origine sud-asiatique et ayant un statut d'immigrant par rapport aux données nationales. Le revenu moven des ménages à Edmonton et à Calgary en 2015 était également supérieur à celui des autres ménages canadiens (annexe S2 de la documentation complémentaire).

Sources de données sur les déterminants sociaux de la santé et jumelage des données

Les données anthropométriques sur les enfants ont été tirées de la base de données sur les dossiers de vaccination du service de santé publique de l'Alberta. Le personnel infirmier en santé publique a utilisé un protocole normalisé¹⁸ (peser l'enfant debout au centre du pèse-personne et mesurer la taille de l'enfant avec ses talons l'un contre l'autre) et de l'équipement normalisé (pèse-personne pour enfants et adolescents, pèse-personne compatible avec l'usage d'un fauteuil roulant) pour recueillir les données sur les enfants et les parents. La date de naissance, le sexe, l'âge à la mesure, la taille mesurée (au 0,1 cm près) et le poids déterminé (au 0,1 kg près) des enfants ont été notés lors des rendez-vous de vaccination.

Pour la période à l'étude, la disponibilité des données variait entre 17,6 % (en 2013) à 67,7 % (en 2008). La même stratégie de jumelage a été utilisée tout au long de l'étude. Les données sur l'IMC ont été recueillies entre le quatrième et le septième anniversaire des enfants, avec une disponibilité des données particulièrement faible vers la fin de l'étude (années de naissance 2012 et 2013) du fait que les enfants nés ces années-là n'avaient pas encore atteint leurs sept ans en novembre 2017 (le dernier mois pour lequel les données sur l'IMC étaient disponibles). Comme

dans le cas d'une étude précédente¹⁹, nous avons constaté certaines différences dans les caractéristiques démographiques entre les mères des enfants ayant fourni des données sur l'IMC et celles n'en avant pas fourni : les mères en mesure de fournir des données sur l'IMC de leur enfant étaient légèrement plus âgées, avaient un statut socioéconomique plus élevé, étaient plus nombreuses à être nullipares et présentaient des taux légèrement plus élevés de diabète gestationnel et d'hypertension pendant la grossesse par rapport aux autres mères. Toutefois, nous sommes d'avis que les données manquantes sur l'IMC n'ont pas affecté la validité interne de l'étude.

Nous avons présumé que 0,9 % des mesures étaient erronées (valeurs invraisemblables comme une taille de 0 cm, un poids de 0 kg ou des valeurs de poids et de taille résultant en un IMC inférieur à 10 ou supérieur à 50) dans les données disponibles sur le poids et la taille. La plage des poids de la cohorte de notre étude était de 9 kg à 78 kg et la plage des tailles était de 62 cm à 156 cm.

Les caractéristiques sur la naissance et la petite enfance (date de naissance, poids à la naissance, âge gestationnel à la naissance) ont été extraites du registre des naissances de Bureau de l'état civil de l'Alberta. Le groupe ethnique de l'enfant, présumé identique à celui de la mère, a été déterminé à l'aide des algorithmes de nom de famille du programme sur les groupes ethniques de l'Université de Calgary et du programme sur les groupes ethniques de l'Institut de recherche en services de santé. Les enfants ont été classés dans les groupes ethniques mutuellement exclusifs suivants : « chinois », « sud-asiatique » et « population générale »20-22. Ces algorithmes ont été exécutés en utilisant le nom de jeune fille de la mère figurant dans le registre du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Des données sur la mère (code postal, statut d'immigration, revenu des ménages du quartier, groupe ethnique) ont également été incluses. Les codes postaux ont été tirés du registre du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. La résidence en milieu urbain ou rural a été déterminée à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux fourni par Santé Alberta. Le statut d'immigration des mères a été déterminé à l'aide du registre central des intervenants du régime d'assurance-maladie de l'Alberta, qui identifie les mères qui s'installent en Alberta en provenance d'un autre pays ou d'une autre province depuis 1984. Les données de recensement de Statistique Canada (2011) ont été jumelées aux régions de tri d'acheminement, ce qui a servi à déterminer le revenu des ménages (en dollars canadiens) en 2010 à l'échelle des quartiers afin de l'utiliser comme mesure de la situation socioéconomique du quartier.

Défavorisation matérielle et sociale

Les indices de défavorisation de Pampalon, deux mesures québécoises des inégalités sociales, ont été utilisés dans cette étude pour évaluer la défavorisation sociale et matérielle²³. L'indice de défavorisation matérielle tient compte des différences relatives sur le plan des études, de l'emploi et du revenu tandis que l'indice de défavorisation sociale tient compte de l'état matrimonial de la mère, du fait de vivre seule et de la monoparentalité. Plus une valeur est élevée, plus la défavorisation est grande. Les indices, qui sont des prédicteurs valides des résultats en matière de santé²⁴, ont été établis pour les aires de diffusion canadiennes et couvrent environ 98 % de la population canadienne. Pour les besoins de cette étude, les données des indices de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon ont été extraites pour les aires de diffusion correspondant au code postal des mères à l'accouchement et classées en quintiles²⁵.

Poids des enfants d'âge préscolaire

La variable d'intérêt était le poids des enfants au moment du rendez-vous de vaccination préscolaire, qui a lieu entre l'âge de 4 et de 6 ans. Dans le cas des enfants qui ont eu plusieurs rendez-vous, nous n'avons retenu que les dernières mesures. Conformément aux recommandations canadiennes²⁶, les graphiques de croissance de l'IMC de l'OMS pour le Canada ont été utilisés pour classer le statut pondéral des enfants (annexe S3 de la documentation complémentaire). L'IMC a été calculé en divisant le poids (en kg) par la taille (en m²).

L'OMS utilise différents termes pour décrire les catégories de poids en fonction de l'âge. Pour les enfants de moins de 5 ans, le « surpoids » et l'« obésité » sont définis comme étant un IMC supérieur respectivement à 2 et à 3 écarts-types (ET) au-dessus de la médiane. Chez les enfants de 5 ans et plus, le « surpoids » et l'« obésité »

correspondent à un IMC supérieur respectivement à 1 et à 2 écarts-types au-dessus de la médiane. Pour notre étude, qui comprenait à la fois des enfants de plus de 5 ans et des enfants de moins de 5 ans, nous avons défini nos catégories de statut pondéral en utilisant le score z de l'IMC (zIMC) (en comparant l'IMC des enfants à la movenne nationale ajustée en fonction de l'âge) comme suit : « insuffisance pondérale » (zIMC < −2), « poids normal » $(zIMC > -2 à \le 1)$, « surpoids » (zIMC $> 1 à \le 3$) et « obésité » (zIMC > 3), quel que soit l'âge de l'enfant au moment de la mesure. Nous avons également défini l'« embonpoint » comme étant le regroupement des catégories surpoids et obésité. Cela a été fait pour assurer la simplicité et l'uniformité entre les groupes d'âge. La répartition des scores z de la population étudiée se trouve à l'annexe S4 de la documentation complémentaire.

Analyses statistiques

Pour chaque catégorie de poids, nous avons utilisé les données suivantes : le sexe de l'enfant, les mesures anthropométriques à l'âge préscolaire, l'âge à la mesure et les variables liées aux déterminants sociaux de la santé (groupe ethnique, statut d'immigration de la mère, résidence en milieu urbain ou rural, revenu des ménages du quartier, indice de défavorisation matérielle et sociale). Pour évaluer l'association indépendante entre les déterminants sociaux de la santé et le poids à l'âge préscolaire, nous avons utilisé des modèles de régression logistique multinomiale pour produire des rapports de risque relatif (RRR) et présenter le statut pondéral à l'âge préscolaire comme un résultat à quatre catégories (insuffisance pondérale, poids normal, surpoids, obésité). La catégorie de référence était la catégorie de poids normal. Pour chaque variable, les modèles ont estimé les RRR et les intervalles de confiance à 95 % (IC à 95 %) associés à la probabilité d'avoir un poids malsain. Nous avons ajusté les données dans trois modèles à l'aide d'équations d'estimation généralisées et d'une matrice de corrélation échangeable. Cela a été fait pour tenir compte de la corrélation intra-grappes potentielle liée à la présence de plusieurs enfants d'une même mère.

Le premier modèle ($R^2 = 0,014$) comprenait le groupe ethnique et le statut d'immigration de la mère ainsi que le revenu des ménages à l'échelle du quartier et le milieu de résidence (urbain ou rural).

Les deuxième ($R^2 = 0.0075$) et troisième $(R^2 = 0.0047)$ modèles ont servi à étudier respectivement l'indice de défavorisation matérielle et l'indice de défavorisation sociale en utilisant le premier quintile (le moins défavorisé) comme catégorie de référence. Tous les modèles ont été ajustés en fonction du sexe et de l'âge des enfants au moment de la mesure du poids préscolaire. Les indices de défavorisation ont également été ajustés en fonction du groupe ethnique, mais ils ont été modélisés séparément, de manière à tenir compte de la corrélation possible entre eux et les autres variables des déterminants sociaux de la santé. Les valeurs R2 ont été calculées comme proposé par Zheng²⁷ pour mesurer la réduction proportionnelle de la variation et évaluer la qualité de l'ajustement pour les modèles marginaux.

Pour valider les résultats de chaque modèle, nous avons évalué la capacité de chacun d'eux à distinguer les catégories de résultats pondéraux des enfants. Pour ce faire, nous avons estimé l'indice de discrimination polytomique (IDP) de Van Calster et ses collaborateurs à l'aide de la macro SAS de Dover et ses collaborateurs^{28,29}. Tous les modèles multinomiaux ont présenté des capacités de discrimination supérieures à celles d'un classificateur sélectionnant aléatoirement l'une des quatre catégories : tous les modèles avaient un IDP supérieur au seuil de 25 %. Le modèle multinomial intégrant les déterminants sociaux individuels de la santé et le modèle intégrant les quintiles de l'indice de défavorisation matérielle ont présenté les IDP les plus élevés, soit respectivement 0,324 (IC à 95 % : 0,318 à 0,331) et 0,326 (0.319 à 0.332). Le modèle intégrant les quintiles de l'indice de défavorisation sociale a donné un IDP inférieur : 0,315 (0,309 à 0,322). Ce résultat signifie que la modélisation effectuée au moven des déterminants sociaux individuels de la santé a une capacité de discrimination supérieure à celle de la modélisation effectuée au moyen de l'indice de défavorisation sociale seul, et il en est de même pour la modélisation utilisant l'indice de défavorisation et le groupe ethnique par rapport à la modélisation utilisant l'indice de défavorisation seul.

L'unité d'analyse était l'enfant. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 9.4 du logiciel SAS (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, É.-U.). Les paramètres des modèles logistiques marginaux multinomiaux avec

réponses corrélées ont été estimés à l'aide du logiciel SAS selon les procédures proposées par Kuss et McLerran³⁰. Compte tenu de la grande taille de l'échantillon, nous avons défini la signification statistique à p < 0,001.

Résultats

La population initiale de notre étude comprenait 177 284 dossiers, mais elle a diminué en raison de numéros d'identification manquants pour les enfants, de données manquantes sur la taille et le poids, de valeurs d'IMC calculées inférieures à 10 kg/m² ou supérieures à 50 kg/m² et de mesures répétées de la taille et du poids. Notre premier modèle comprenait 168 387 enfants et 125 778 mères, du fait de données manquantes sur le revenu du quartier de la mère et le milieu de résidence (urbain ou rural). Les caractéristiques descriptives de la population exclue de notre étude se trouvent à l'annexe S5 de la documentation complémentaire. Les indices de défavorisation étaient absents pour 5 558 des 169 465 enfants étudiés dans les modèles 2 et 3 (aire de diffusion manquante ou données manquantes sur le revenu du quartier de la mère), réduisant ainsi l'échantillon à 163 907 enfants et 122 773 mères.

Les caractéristiques descriptives de notre population complète d'enfants et de mères sont présentées dans le tableau 1. Les garçons étaient beaucoup plus nombreux en proportion que les filles à relever de la catégorie du surpoids (55,9%) ou de celle de l'obésité (64,0%) (p < 0,001 dans les deux cas).

En ce qui concerne le groupe ethnique et le statut d'immigration de la mère, notre premier modèle (tableau 2) a montré que les enfants d'origine chinoise avaient un moindre risque (par rapport à la population générale) de surpoids (RRR = 0,64, IC à 95 % : 0,61 à 0,69) ou d'obésité (RRR = 0.51, 0.42 à 0.62; p < 0.001 dans)les deux cas). Les enfants d'origine sudasiatique avaient un moindre risque (par rapport à la population générale) d'insuffisance pondérale (RRR = 4,14, 3,54 à 4,84), de surpoids (RRR = 0,80, 0,75 à 0,85) ou d'obésité (RRR = 1,39, 1,22 à 1,60; p < 0,001 dans tous les cas). Les enfants de mère immigrante avaient un moindre risque (par rapport aux enfants de mère née au Canada) d'insuffisance pondérale (RRR = 0,72, 0,63 à 0,82) ou d'obésité (RRR = 0,71, 0,66 à 0,77; p < 0.001 dans les deux cas).

Nos analyses relatives au revenu des ménages à l'échelle du quartier ont révélé que la probabilité de surpoids (RRR = 0,95, IC à 95 % : 0,94 à 0,95) ou d'obésité (RRR = 0,88, 0,86 à 0,90) chez les enfants diminuait avec chaque passage à la tranche de revenu de $10\,000$ \$ CA supérieure (p < 0,001). Notre premier modèle n'a pas permis d'établir une association statistiquement significative entre le milieu de résidence (urbain/rural) et le risque lié au statut pondéral des enfants.

Dans le tableau 3, les données montrent les associations entre la défavorisation matérielle et le statut pondéral des enfants. Les enfants du quintile le plus défavorisé sur le plan matériel présentaient (par rapport au quintile le moins défavorisé) un risque plus grand d'insuffisance pondérale (RRR = 1,36, IC à 95 % : 1,13 à 1,62), de surpoids (RRR = 1,52, 1,46 à 1,58) ou d'obésité (RRR = 2,83, 2,54 à 3,15; p < 0,001 dans tous les cas). Le risque de surpoids et d'obésité augmente proportionnellement au niveau de défavorisation matérielle dans tous les quintiles. Le risque le plus élevé, de même que les écarts les plus importants entre les quintiles sur le plan du risque, sont liés à l'obésité.

Les données du tableau 4 montrent les associations entre la défavorisation sociale et le statut pondéral des enfants. Les enfants du quintile le plus défavorisé sur le plan social présentaient (par rapport au quintile le moins défavorisé) un risque plus grand de surpoids (RRR = 1,21, IC à 95 %: 1,17 à 1,26) ou d'obésité (RRR = 1,40, 1,26 à 1,56; p < 0,001 dans les deux cas). Le risque de surpoids était le même chez les enfants des deuxième et troisième quintiles les plus défavorisés (O3 et O4). Même si tous les RRR n'étaient pas statistiquement significatifs, le risque d'obésité augmente proportionnellement au niveau de défavorisation sociale dans tous les quintiles.

Analyse

L'objectif de notre étude était l'analyse des associations entre les principaux déterminants sociaux de la santé et le statut pondéral d'une vaste population d'enfants d'âge préscolaire. Nos analyses ont révélé plusieurs points importants. Nous avons constaté que, comparativement à la population générale, les enfants d'origine chinoise présentaient un moindre risque de surpoids ou d'obésité et les enfants d'origine

TABLEAU 1 Caractéristiques descriptives des enfants et des mères pour toutes les catégories de poids ($n = 169\ 465$)

	Échantillon total	Insuffisance pondérale	Poids normal	Surpoids	Obésité
	ECHARLISION LOTAL	zIMC < -2	zIMC ≥ -2 et ≤ 1	zIMC > 1 et ≤ 3	zIMC > 3
Caractéristiques des enfants					
Total (n)	169 465	1 415	128 951	35 426	3 673
Fille (n et %)	82860 (48,9)	676 (47,8)	65 249 (50,6)	15 613 (44,1)	1 322 (36,0)
Garçon (n et %)	86 605 (51,1)	739 (52,2)	63 702 (49,4)	19 813 (55,9)	2 3 5 1 (64,0)
Poids en kg (moyenne et ET)	19,0 (3,4)	15,0 (1,9)	18,0 (2,2)	21,7 (3,0)	30,4 (6,4)
Hauteur en cm (moyenne et ET)	109,0 (6,0)	109,5 (7,1)	108,6 (5,8)	110,1 (6,2)	113,5 (6,9)
IMC en kg/m² (moyenne et ET)	15,9 (1,9)	12,4 (0,5)	15,2 (0,9)	17,8 (1,0)	23,5 (4,2)
Score z de l'IMC (moyenne et ET)	0,4 (1,4)	-2,1 (0,3)	-0,1 (0,6)	1,8 (0,7)	6,0 (3,1)
Âge de l'enfant à la mesure					
≤ 4,99 ans (n et %)	103 611 (61,1)	750 (53,0)	78 569 (60,9)	22 189 (62,6)*	2 103 (57,3)
5,00 à 5,99 ans (n et %)	58 425 (34,5)	580 (41,0)	44 707 (34,7)	11 770 (33,2)	1 368 (37,2)
≥ 6,00 ans (n et %)	7 429 (4,3)	85 (6,0)	5 675 (4,4)	1 467 (4,1)	202 (5,5)
Caractéristiques concernant la naissance et la	petite enfance				
Faible poids pour l'âge gestationnel (n et %)	17 243 (10,2)	407 (28,8)	14 393 (11,2)	2 179 (6,2)*	264 (7,2)*
Poids approprié pour l'âge gestationnel (n et %)	138 200 (81,6)	973 (68,8)	105 841 (82,1)	28 519 (80,5)	2 867 (78,1)
Poids élevé pour l'âge gestationnel (n et %)	14022 (8,3)	35 (2,5)	8 717 (6,8)	4 728 (13,3)	542 (14,8)
Poids à la naissance (en g) (moyenne et ET)	3 3 1 1,4 (563,0)	2 894,9 (685,8)	3 272,3 (556,5)	3 455,4 (548,2)	3 457,9 (575,4)
Groupe ethnique des enfants ^a					
Population générale (n et %)	152479 (90,0)	1 092 (77,2)	11 5467 (89,5)	32 625 (92,1)	3 295 (89,7)
Sud-Asiatique (n et %)	7 784 (4,6)	245 (17,3)	5 854 (4,5)	1 417 (4,0)	268 (7,3)
Chinois (n et %)	8 202 (5,4)	78 (5,5)	7 630 (5,9)	1 384 (3,9)	110 (3,0)
Statut d'immigration de la mère					
Née au Canada (n et %)	129 500 (76,4)	929 (65,7)	99 011 (76,8)	27 020 (76,3)	2 540 (69,2)
Née à l'étranger (n et %)	39 965 (23,6)	486 (34,3)	29 940 (23,2)	8 406 (23,7)	1 133 (30,8)
Résidence					
Milieu urbain (n et %)	130 982 (77,3)	1 158 (82,4)	99 616 (77,7)	27 303 (77,7)	2905/3641 (79,8
Milieu suburbain (n et %)	28 550 (16,9)	179 (12,7)	22 014 (17,2)	5 816 (16,5)	541/3 641 (14,9)
Milieu rural ^b (n et %)	8877 (5,2)	69 (4,9)	6 576 (5,1)	2 037 (5,8)	195/3 641 (5,4)
Revenu des ménages à l'échelle du quartier (en \$ CA) (moyenne et ET)	85 551 (20 945)	84 176 (19 677)	86 247 (20 917)	83 620 (20 929)	80 211 (20 567)
Données sur la défavorisation matérielle de Pa	ımpalon (quintiles ^c)				
Q1 (n et %)	57 003 (33,6)	354 (25,7)	45 543 (36,5)	10 385 (30,4)	721 (20,4)
Q2 (n et %)	37 688 (22,2)	314 (22,8)	28 944 (23,2)	7 695 (22,5)	735 (20,8)
Q3 (n et %)	28 389 (16,8)	261 (19,0)	21 164 (17,0)	6 275 (18,3)	689 (19,5)
Q4 (n et %)	20 753 (12,2)	233 (16,9)	15 033 (12,0)	4 809 (14,1)	656 (18,5)
Q5 (n et %)	20 103 (11,9)	215 (15,6)	14 111 (11,3)	5 040 (14,7)	737 (20,8)
Données sur la défavorisation sociale de Pamp	alon (quintiles ^c)				
Q1 (n et %)	37 793 (22,3)	398 (28,9)	29 437 (23,6)	7 231 (21,1)	727 (20,5)
Q2 (n et %)	31 057 (18,3)	245 (17,8)	23 947 (19,2)	6 272 (18,3)	593 (16,8)
Q3 (n et %)	32 596 (19,2)	273 (19,8)	24 653 (19,8)	6 958 (20,3)	712 (20,1)
Q4 (n et %)	34495 (20,4)	226 (16,4)	26 075 (20,9)	7 403 (21,6)	791 (22,4)
Q5 (n et %)	27 973 (16,5)	235 (17,1)	20 683 (16,6)	6 340 (18,5)	715 (20,2)

Abréviations : ET, écart-type; IMC, indice de masse corporelle; Q, quintile; zIMC, score z de l'IMC.

Remarques: Les catégories du statut pondéral sont présentées comme elles ont été indiquées à l'origine, quel que soit l'âge de l'enfant au moment de la mesure, par souci de simplicité et de cohérence.

a Les groupes ethniques indiqués sont mutuellement exclusifs. Les personnes qui ne sont pas incluses dans les groupes ethniques « chinois » ou « sud-asiatique » sont incluses dans le groupe « popu-

b Les lieux de résidence qui n'ont pas été classés dans les catégories « milieu urbain » ou « milieu suburbain » ont été considérés comme faisant partie de la catégorie « milieu rural ».

c Il s'agit de l'indice associé aux aires de diffusion de Statistique Canada. Q1, le premier quintile, est le plus favorisé. Q5, le cinquième quintile, est le plus défavorisé.

^{*} p < 0.001.

TABLEAU 2 Résultats de la régression multinomiale des déterminants sociaux de la santé en fonction des catégories de poids des enfants

		Insuffisance pondérale (n = 1 406)		2)	Obésité (n = 3 641)		
	RRR (IC à 95 %)	р	RRR (IC à 95 %)	р	RRR (IC à 95 %)	р	
Sexe (garçon vs fille)	1,03 (0,93 à 1,15)	0,525	1,28 (1,25 à 1,31)	< 0,001	1,70 (1,59 à 1,82)	< 0,001	
Âge lors de la mesure de l'IMC (par tranche d'un mois)	1,03 (1,02 à 1,03)	< 0,001	0,99 (0,99 à 1,00)	< 0,001	1,01 (1,01 à 1,02)	< 0,001	
Groupe ethnique (chinois vs population générale) ^a	1,14 (0,89 à 1,45)	0,312	0,64 (0,61 à 0,69)	< 0,001	0,51 (0,42 à 0,62)	< 0,001	
Groupe ethnique (sud-asiatique vs population générale) ^a	4,14 (3,54 à 4,84)	< 0,001	0,80 (0,75 à 0,85)	< 0,001	1,39 (1,22 à 1,60)	< 0,001	
Mère immigrante vs mère non immigrante	0,72 (0,63 à 0,82)	< 0,001	0,97 (0,95 à 1,00)	0,097	0,71 (0,66 à 0,77)	< 0,001	
Revenu du quartier (par augmentation de 10 000 \$ CA)	0,98 (0,95 à 1,00)	0,103	0,95 (0,94 à 0,95)	< 0,001	0,88 (0,86 à 0,90)	< 0,001	
Milieu de résidence rural vs urbain	1,03 (0,80 à 1,33)	0,808	1,04 (0,99 à 1,10)	0,117	0,91 (0,78 à 1,06)	0,233	

Abréviations : IMC, indice de masse corporelle; IC, intervalle de confiance; RRR, rapport de risque relatif.

Remarques: Les catégories de statut pondéral sont présentées comme elles ont été indiquées à l'origine, quel que soit l'âge de l'enfant au moment de la mesure, par souci de simplicité et de cohérence. Les rapports de risque relatif sont calculés pour chaque statut pondéral par rapport à la catégorie « poids normal ».

^a Les groupes ethniques indiqués sont mutuellement exclusifs. Les personnes qui ne sont pas incluses dans les groupes ethniques « chinois » ou « sud-asiatique » sont incluses dans le groupe « population générale ».

sud-asiatique présentaient un plus grand risque d'insuffisance pondérale ou d'obésité. Les enfants de mère immigrante avaient un moindre risque d'insuffisance pondérale et d'obésité que les enfants dont la mère était née au Canada. Plus le revenu des ménages du quartier était élevé, moins les enfants risquaient d'appartenir aux catégories « surpoids » ou « obésité ». Les enfants du quintile le plus défavorisé sur le plan matériel présentaient un plus grand risque d'insuffisance pondérale, de surpoids ou d'obésité. Enfin, les enfants du quintile le plus défavorisé sur le plan social présentaient un plus grand risque de surpoids ou d'obésité que les enfants du quintile le moins défavorisé. Dans l'ensemble, cette étude enrichit la littérature, limitée, sur l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur le poids des enfants d'âge préscolaire.

L'origine chinoise a été associée à un risque d'embonpoint moindre chez les enfants, un résultat qui concorde avec le taux relativement faible d'embonpoint chez les enfants d'origine chinoise en Amérique et chez les enfants et les adolescents canadiens d'origine est-asiatique^{31,32}. Toutefois, l'association que nous avons révélée entre l'origine sud-asiatique et des risques accrus d'insuffisance pondérale et d'obésité chez les enfants est digne de mention et nouvelle. Bien qu'une tendance semblable ait été observée chez les enfants vivant dans les pays d'Asie du Sud, ces populations avaient un revenu faible ou médiocre33. À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à l'origine sud-asiatique et à l'insuffisance pondérale des enfants dans les pays à revenu élevé comme le Canada.

Le risque accru d'insuffisance pondérale que nous avons constaté chez les enfants

d'origine sud-asiatique peut s'expliquer par le fait que notre étude n'a pas appliqué de seuils d'IMC spécifiques au groupe ethnique pour définir le statut pondéral des enfants. Ces seuils tiennent compte des particularités morphologiques associées à un groupe ethnique précis : par exemple, une étude menée au Royaume-Uni a montré que les enfants sud-asiatiques avaient une masse adipeuse plus importante (par rapport aux enfants blancs), si bien que les auteurs ont demandé des seuils d'IMC plus bas pour catégoriser les enfants sud-asiatiques³⁴. Nous avons toutefois confiance envers les critères de l'OMS, qui reposent sur des lignes directrices fondées sur de vastes échantillons d'enfants élevés dans des environnements optimaux provenant de diverses régions, dont l'Inde³⁵. Les Diététistes du Canada, qui ont tenu compte de différences ethniques similaires,

TABLEAU 3 Associations entre le quintile de défavorisation matérielle et les catégories de poids des enfants

	•	Insuffisance pondérale (n = 1 415)		Surpoids (n = 28 128)		té 98)
	RRR (IC à 95 %)	р	RRR (IC à 95 %)	р	RRR (IC à 95 %)	р
Q2 vs Q1	1,31 (1,12 à 1,53)	0,001	1,15 (1,11 à 1,19)	< 0,001	1,53 (1,38 à 1,70)	< 0,001
Q3 vs Q1	1,38 (1,17 à 1,62)	< 0,001	1,29 (1,24 à 1,33)	< 0,001	1,90 (1,70 à 2,11)	< 0,001
Q4 vs Q1	1,53 (1,29 à 1,82)	< 0,001	1,37 (1,32 à 1,43)	< 0,001	2,42 (2,17 à 2,70)	< 0,001
Q5 vs Q1	1,36 (1,13 à 1,62)	0,001	1,52 (1,46 à 1,58)	< 0,001	2,83 (2,54 à 3,15)	< 0,001

Abréviations: IC, intervalle de confiance; Q, quintile; RRR, rapport de risque relatif.

Remarques: Les catégories de statut pondéral sont présentées comme elles ont été indiquées à l'origine, quel que soit l'âge de l'enfant au moment de la mesure, par souci de simplicité et de cohérence. Les rapports de risque relatif sont calculés pour chaque statut pondéral par rapport à la catégorie « poids normal ». Q1, le premier quintile, est le plus favorisé. Q5, le cinquième quintile, est le plus défavorisé.

TABLEAU 4
Associations entre les quintiles de défavorisation sociale et les catégories de poids des enfants

	Insuffisance pondérale (n = 1 415)		Surpo (n = 28		Obésité (n = 7 298)	
	RRR (IC à 95 %)	р	RRR (IC à 95 %)	р	RRR (IC à 95 %)	р
Q2 vs Q1	0,87 (0,74 à 1,02)	0,094	1,05 (1,01 à 1,09)	0,011	1,03 (0,92 à 1,15)	0,604
Q3 vs Q1	0,94 (0,80 à 1,10)	0,449	1,13 (1,09 à 1,17)	< 0,001	1,18 (1,06 à 1,31)	0,003
Q4 vs Q1	0,76 (0,64 à 0,90)	0,002	1,13 (1,09 à 1,17)	< 0,001	1,25 (1,12 à 1,38)	< 0,001
Q5 vs Q1	0,98 (0,83 à 1,16)	0,832	1,21 (1,17 à 1,26)	< 0,001	1,40 (1,26 à 1,56)	< 0,001

Abréviations: IC, intervalle de confiance; Q, quintile; RRR, rapport de risque relatif.

Remarques: Les catégories de statut pondéral sont présentées comme elles ont été indiquées à l'origine, quel que soit l'âge de l'enfant au moment de la mesure, par souci de simplicité et de cohérence. Les rapports de risque relatif sont calculés pour chaque statut pondéral par rapport à la catégorie « poids normal ».Q1, le premier quintile, est le plus favorisé. Q5, le cinquième quintile, est le plus défavorisé.

continuent à recommander les tableaux de l'OMS comme meilleure référence disponible pour surveiller la croissance²⁶. D'autres recherches qualitatives pourraient permettre d'éclaircir les différences de résultats liées au groupe ethnique.

Nos constatations laissent penser que le statut d'immigrante de la mère a un effet protecteur contre l'insuffisance pondérale et l'obésité chez les enfants, ce qui peut s'expliquer par le maintien d'habitudes alimentaires plus saines chez les nouveaux immigrants36. Nos constatations contrastent avec un rapport précédent selon lequel les enfants d'immigrants de deuxième génération (parents nés au Canada mais grands-parents nés à l'étranger) affichaient des scores z movens d'IMC plus élevés que les enfants d'immigrants de première génération (parents nés à l'étranger) et que les autres enfants de parents nés au Canada, bien que cela soit probablement attribuable à l'inclusion de populations plus âgées dans le rapport¹¹. Compte tenu de l'absence de données publiées sur l'association entre le statut d'immigration de la mère et l'insuffisance pondérale chez les enfants dans les pays à revenu élevé comme le Canada, nos constatations offrent une nouvelle perspective sur cet enjeu.

À l'instar de la littérature existante, nous avons constaté que plus le revenu des ménages du quartier était élevé, plus le risque de surpoids était faible. Par exemple, Fiechtner et ses collaborateurs³⁷ ont étudié une vaste fourchette d'âge (4 à 18 ans) dans leur recherche sur le revenu médian du quartier en lien avec le statut pondéral des enfants, et ont constaté que des revenus plus faibles à l'échelle du quartier amplifiaient les effets néfastes de l'environnement alimentaire (comme la proximité de dépanneurs) sur l'augmentation

du score z de l'IMC des enfants. Oliver et Hayes³⁸ ont obtenu des résultats semblables dans leur analyse des données recueillies auprès d'enfants canadiens (de 2 à 11 ans) : les valeurs percentiles de l'IMC étaient particulièrement élevées chez les enfants vivant dans un quartier à faible revenu. L'association entre le revenu à l'échelle du quartier et le statut pondéral des enfants peut relever de différences dans la structure du quartier, certains éléments pouvant nuire au maintien d'une alimentation saine (accès aux épiceries39 et aux comptoirs de restauration rapide⁴⁰) et à l'activité physique (augmentation du temps passé devant un écran41) chez les enfants.

Notre constatation selon laquelle le degré de défavorisation matérielle est associé au risque de surpoids et d'obésité concorde avec les résultats obtenus par Carter et ses collaborateurs¹³, qui ont mentionné une association positive entre la défavorisation matérielle du quartier et un poids plus élevé chez des enfants de 4 à 10 ans. L'incidence de la défavorisation matérielle sur le poids des enfants peut s'expliquer par des obstacles liés au revenu ou à l'emploi des parents qui nuisent à l'adoption de saines habitudes de vie (temps limité, fonds limités), ce qui se manifeste par un surpoids ou de l'obésité chez les enfants. Fait intéressant, nous avons constaté que l'augmentation de la défavorisation matérielle était également associée à un risque accru d'insuffisance pondérale chez les enfants. Il existe actuellement peu de données sur les associations entre la défavorisation matérielle et l'insuffisance pondérale chez les enfants dans les pays à revenu élevé. Une étude menée au Royaume-Uni n'a pas révélé d'association entre la défavorisation et la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants⁴². Étant donné que notre étude est la première à évoquer une association entre la défavorisation matérielle et l'insuffisance pondérale dans un pays à revenu élevé, des études approfondies du mécanisme par lequel la défavorisation matérielle influe sur le statut pondéral sont nécessaires pour éclaircir cette association.

Nous avons également constaté que la défavorisation sociale était associée à un risque accru de surpoids chez les enfants. Nos constatations contrastent avec celles de Carter et ses collaborateurs¹³, qui ont constaté une association inverse entre la défavorisation sociale et la prise de poids des enfants. Toutefois, leur étude portait sur une cohorte plus petite (n = 1580) et une tranche d'âge plus large (4 à 10 ans), tandis que nos résultats brossent un portrait plus complet de la tranche d'âge de la population étudiée. L'association que nous avons constatée pourrait s'expliquer par la présence potentiellement accrue de facteurs de stress et de dépression chez les parents socialement défavorisés, qui seraient de ce fait moins enclins à encourager une alimentation saine et l'activité physique chez leurs enfants. Des associations positives ont été relevées entre la dépression chronique de la mère et le risque accru de surpoids chez l'enfant⁴³.

Points forts et limites

Notre étude enrichit la littérature, limitée, sur les déterminants du statut pondéral chez les enfants d'âge préscolaire au Canada, en faisant ressortir certaines des associations complexes entre les déterminants sociaux de la santé et le statut pondéral des enfants. Ce projet repose sur une importante base de données sur les enfants de même que sur des mesures variables objectives qui ont été recueillies et analysées au moyen de procédures uniformes.

Malgré ces points forts, nous sommes conscients de l'existence de certaines limites. Premièrement, l'algorithme des groupes ethniques utilisé dans notre étude ne classait les données que dans trois catégories, ce qui limite la précision de nos constatations et notre capacité à les généraliser à des groupes ethniques autres que sud-asiatique et chinois. Étant donné que le classement des enfants a été effectué à partir des noms de famille seulement, il est également possible que les enfants d'origine mixte aient été mal classés. Néanmoins, l'algorithme a généré une catégorisation de haut niveau des groupes ethniques, ce qui nous a permis d'établir des niveaux différents de risque pour chacun d'eux. Deuxièmement, même si la disponibilité des données utilisées variait au fil des années visées par notre étude, nous avons pu travailler avec un ensemble de données volumineux et informatif. Troisièmement, notre étude ne comprenait pas suffisamment de données sur les enfants vivant en dehors d'Edmonton et de Calgary, ce qui limite notre perspective sur les collectivités rurales et éloignées, où le surpoids pourrait être plus répandu. Quatrièmement, le registre central des intervenants du régime d'assurance-maladie de l'Alberta utilisé pour déterminer le statut d'immigration de la mère ne saisit pas la migration secondaire (la résidence antérieure dans une autre province) et la durée de résidence en Alberta, ce qui aurait pu fournir une perspective supplémentaire sur les associations entre l'immigration des mères au Canada et le poids des enfants. Cinquièmement, étant donné que cette cohorte exclut les enfants scolarisés à domicile et les enfants non vaccinés, il existe un biais potentiel en raison de l'absence de représentation de cette population.

Notre étude indique que les politiques et les interventions visant à maintenir un poids santé chez les enfants devraient tenir compte des déterminants sociaux de la santé des populations ciblées. Des politiques conçues pour réduire les facteurs obésogènes liés au faible revenu (accessibilité alimentaire, possibilités de loisirs, etc.) ou des interventions fondées sur des approches culturellement adaptées pour les populations à risque (par exemple en lien avec l'ethnicité sud-asiatique) pourraient être bénéfiques.

Conclusion

Dans le cadre d'une vaste étude de cohorte rétrospective dans la population,

nous avons constaté des associations significatives entre le groupe ethnique, le statut d'immigration de la mère, le revenu des ménages du quartier, la défavorisation et le statut pondéral de l'enfant. Ces associations laissent entrevoir un problème de malnutrition chez les personnes d'origine sud-asiatique, un effet protecteur du statut d'immigrante de la mère contre un poids malsain chez l'enfant, des associations entre la défavorisation matérielle et l'insuffisance pondérale chez les enfants ainsi qu'une association entre la défavorisation sociale et le surpoids chez les enfants. D'autres recherches sur les mécanismes à l'origine de ces associations sont nécessaires pour orienter la planification des politiques et les interventions ciblées.

Remerciements

Cette étude a été financée par une subvention attribuée à l'issue d'un concours du Novo Nordisk Alberta Diabetes (NOVAD) Fund, offerte par l'University Hospital Foundation, le gouvernement de l'Alberta et Novo Nordisk Canada, Inc. et fondée en partie sur les données fournies par Santé Alberta et Services de santé Alberta (AHS). Nous remercions le service de gestion des relations avec la clientèle et d'accès aux données de Santé Alberta pour avoir créé la base de données jumelées. PK est titulaire d'une chaire de recherche sur le sexe et le genre des Instituts de recherche en santé du Canada et d'une chaire de recherche de la Fondation des maladies du cœur du Canada. GDCB est titulaire de la chaire AHS de recherche sur l'obésité.

Énoncé sur la disponibilité des données

Les données sur lesquelles s'appuie cet article ont été fournies par le gouvernement de l'Alberta en vertu d'un accord de recherche. Les demandes de renseignements concernant l'accès aux données peuvent être envoyées à l'adresse suivante : health.resdata@gov.ab.ca.

Conflits d'intérêts

GDCB a été membre du Comité consultatif national d'experts en obésité pédiatrique de Novo Nordisk Canada. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

Conception: JW, GDCB. Méthodologie: JW, DCD, AS, GDCB. Analyse formelle:

AS, JW. Rédaction de la première version du manuscrit : JW. Révisions et relectures du manuscrit : JW, PK, AS, SI, DCD, LEM, AMH, GDCB.

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 de l'Alberta ou du gouvernement du Canada. Ni le gouvernement de l'Alberta ni le ministère de la Santé de l'Alberta ne se sont prononcés sur cette étude.

Références

- Center on the Developing Child. Lifelong health [Internet]. Boston (MA): Harvard University; 2020 [consultation le 20 mai 2021]. En ligne à : https://developingchild.harvard.edu/science/deep-dives/lifelong-health/
- Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. J Family Med Prim Care. 2015;4(2):187-92. https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628
- 3. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The social determinants of chronic disease. Am J Prev Med. 2017;52(1 Suppl 1):S5-S12. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.010
- Mendez MA, Adair LS. Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood. J Nutr. 1999;129(8):1555-1562. https://doi.org/10.1093/jn/129.8.1555
- 5. White J, Rehkopf D, Mortensen LH. Trends in socioeconomic inequalities in body mass index, underweight and obesity among English children, 2007–2008 to 2011–2012. PLOS ONE. 2016;11(1):e0147614. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147614
- Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. Int J Obes. 2011; 35(7):891-898. https://doi.org/10.1038/jijo.2010.222

- 7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids [Internet]. Genève (Suisse): OMS; 2021 [consultation le 22 juillet 2021]. En ligne à : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
- 8. Lighter J, Phillips M, Hochman S, et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for COVID-19 hospital admission [letter]. Clin Infect Dis. 2020;71(15):896-897. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa415
- 9. World Health Organization (WHO). Social determinants of health [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2021 [consultation le 6 août 2021]. En ligne à : https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health
- 10. Chatham RE, Mixer SJ. Cultural influences on childhood obesity in ethnic minorities: a qualitative systematic review. J Transcult Nurs. 2020; 31(1):87-99. https://doi.org/10.1177/1043659619869428
- Blanchet R, Giroux I, Sanou D, Batal M, Nana CP, Bodnaruc AM. The impact of generation status on weight of immigrant and non-immigrant school-aged children living in minority situation: preliminary results. Can J Diabetes. 2015;39 (Suppl 1):S39. https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.01
 .150
- 12. Anderson LN, Fatima T, Shah B, et al. Income and neighbourhood deprivation in relation to obesity in urban dwelling children 0–12 years of age: a cross-sectional study from 2013 to 2019. J Epidemiol Community Health. 2021; 76(3):274-280. https://doi.org/10.1136/jech-2021-216455
- 13. Carter MA, Dubois L, Tremblay MS, Taljaard M. The influence of place on weight gain during early childhood: a population-based, longitudinal study. J Urban Health. 2013;90(2):224-239. https://doi.org/10.1007/s11524-012-9712-8
- 14. Dubois L, Girad M. Accuracy of maternal reports of pre-schoolers' weights and heights as estimates of BMI values. Int J Epidemiol. 2007;36(1):132-138. https://doi.org/10.1093/ije/dyl281

- 15. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. J Am Acad Nurse Pract. 2009;21(3):160-166. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00382.x
- 16. Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. J Public Health Manag Pract. 2008;14(Suppl 6):S8-S17. https://doi.org/10.1097/01.PHH.0000338382.36695.42
- 17. Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de 2016 [Internet].

 Ottawa (Ont.): Statistique Canada; 2017 [consultation en novembre 2022]. En ligne à: https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F
- 18. Alberta Health Services (AHS). Child-hood Growth Measurement Protocol [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2022 [consultation en 2022]. En ligne à : https://www.albertahealthservices.ca/info/Page9810.aspx
- 19. Kaul P, Bowker SL, Savu A, Yeung RO, Donovan LE, Ryan EA. Association between maternal diabetes, being large for gestational age and breast-feeding on being overweight or obese in childhood. Diabetologia. 2019;62(2):249-258. https://doi.org/10.1007/s00125-018-4758-0
- 20. Cummins C, Winter H, Cheng K-K, Maric R, Silcocks P, Varghese. An assessment of the Nam Pehchan computer program for the identification of names of South Asian ethnic origin. J Public Health. 1999;21(4):401-406. https://doi.org/10.1093/pubmed/21.4.401
- 21. Quan H, Wang F, Schopflocher D, et al. Development and validation of a surname list to define Chinese ethnicity. Med Care. 2006;44(4):328-333. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000 204010.81331.a9

- 22. Shah BR, Chiu M, Amin S, Ramani M, Sadry S, Tu JV. Surname lists to identify South Asian and Chinese ethnicity from secondary data in Ontario, Canada: a validation study. BMC Med Res Methodol. 2010;10:42. https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-42
- 23. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. Maladies chroniques au Canada. 2009;29(4):199-213.
- 24. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Simpson A, Philibert MD. Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe, illustré par l'indice québécois. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2014;34(1):14-25. https://doi.org/10.24095/hpcdp.34.1.03f
- 25. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016 [Internet]. Québec (Qc) : INSPQ; [consultation le 24 novembre 2021]. En ligne à : https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale
- 26. Les diététistes du Canada. Les courbes de croissance de l'OMS : deuxième ensemble de courbes de croissance [Internet]. Ottawa (Ont.) : Les diététistes du Canada; 2010 [mise à jour mars 2014; consultation le 26 novembre 2021]. En ligne à : https://www.dietitians.ca/Advocacy/Interprofessional-Collaborations-(1)/WHO-Growth-Charts/WHO-Growth-Charts-Set-2?lang=fr-CA27
- 27. Zheng B. Summarizing the goodness of fit of generalized linear models for longitudinal data. Stat Med. 2000; 19(10):1265-1275. https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(20000530) 19:10 < 1265::aid-sim486 > 3.0.co;2-u
- 28. Van Calster B, Van Belle V, Vergouwe Y, Timmerman D, Van Huffel S, Steyerberg EW. Extending the c-statistic to nominal polytomous outcomes: the polytomous discrimination index. Stat Med. 2012;31(23):2610-2626. https://doi.org/10.1002/sim.5321

- 29. Dover DC, Islam S, Westerhout CM, Moore LE, Kaul P, Savu A. Computing the polytomous discrimination index. Stat Med. 2021;40(16):3667-3681. https://doi.org/10.1002/sim.8991
- Kuss O, McLerran D. A note on the estimation of the multinomial logistic model with correlated responses in SAS. Comput Methods Programs Biomed. 2007;87(3):262-269. https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2007.06.002
- 31. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. 2006:17(3):27-42.
- 32. Jain A, Mitchell S, Chirumamilla R, Zhang J, Horn IB, Lewin A, Huang ZJ. Prevalence of obesity among young Asian-American children. Child Obes. 2012;8(6):518-525. https://doi.org/10.1089/chi.2011.0077
- 33. Hossain FB, Shawon MS, Al-Abid MS, Mahmood S, Adhikary G, Bulbul MM. Double burden of malnutrition in children aged 24 to 59 months by socioeconomic status in five South Asian countries: evidence from demographic and health surveys. BMJ Open. 2020;10(3):e032866. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032866
- 34. Eyre EL, Duncan M, Nevill A. South Asian children have increased body fat in comparison to white children at the same body mass index. Children. 2017;4(11):102. https://doi.org/10.3390/children4110102
- 35. World Health Organization (WHO). WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva (CH): WHO; 2006.
- 36. Hyman I, Guruge S, Makarchuk M-J, Cameron J, Micevski V. Promotion of healthy eating: among new immigrant women in Ontario. Can J Diet Pract Res. 2002;63(3):125-129. https://doi.org/10.3148/63.3.2002.125
- 37. Fiechtner L, Sharifi M, Sequist T, et al. Food environments and childhood weight status: effects of neighborhood median income. Child Obes. 2015;11(3):260-268. https://doi.org/10.1089/chi.2014.0139

- 38. Oliver LN, Hayes MV. Effects of neighbourhood income on reported body mass index: an eight year longitudinal study of Canadian children. BMC Public Health. 2008;8:16. https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-16
- 39. Pabayo R, Spence JC, Cutumisu N, Casey L, Storey K. Sociodemographic, behavioural and environmental correlates of sweetened beverage consumption among pre-school children. Pub Health Nutr. 2012;15(8):1338-1346. https://doi.org/10.1017/S1368980011 003557
- 40. Smoyer-Tomic KE, Spence JC, Raine KD, et al. The association between neighborhood socioeconomic status and exposure to supermarkets and fast food outlets. Health Place. 2008; 14(4):740-754. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.12.001
- 41. Carson V, Spence JC, Cutumisu N, Cargill L. Association between neighborhood socioeconomic status and screen time among pre-school children: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2010;10:367. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-367
- 42. Stewart R, Reilly JJ, Hughes A, et al. Trends in socioeconomic inequalities in underweight and obesity in 5-year-old children, 2011–2018: a population-based, repeated cross-sectional study. BMJ Open. 2021;11(3):e042023. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042023
- 43. Lampard AM, Franckle RL, Davison KK. Maternal depression and child-hood obesity: a systematic review. Prev Med. 2014;59:60-67. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.020

Recherche quantitative originale

Étude transversale sur la santé mentale et le bien-être de jeunes de familles liées au milieu militaire

Alyson L. Mahar, Ph. D. (1); Heidi Cramm, Ph. D., OT Reg (Ont.) (2); Matthew King, B.A. (3); Nathan King, Ph. D. (4); Wendy M. Craig, Ph. D. (5); Frank J. Elgar, Ph. D. (6); William Pickett, Ph. D. (7)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'objectif de l'étude était de comparer la santé mentale et les comportements à risque de jeunes Canadiens de familles liées au milieu militaire (« familles de militaires ») et de jeunes Canadiens de familles de civils au sein d'un échantillon récent. Nous avons émis l'hypothèse que les jeunes de familles de militaires auraient une moins bonne santé mentale, une moins grande satisfaction à l'égard de la vie et une plus grande propension à prendre des risques que les jeunes de familles de civils.

Méthodologie. Dans cette étude transversale, nous avons utilisé les données de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada menée en 2017-2018, dont les participants constituaient un échantillon représentatif des jeunes de la 6e à la 10e années. Les questionnaires utilisés ont permis de recueillir des renseignements sur l'emploi des parents dans l'armée et sur six indicateurs de santé mentale, de satisfaction à l'égard de la vie et de comportements à risque. Nous avons utilisé des modèles multivariés de régression de Poisson avec une variance d'erreur robuste, en pondérant les données de l'enquête et en tenant compte des grappes correspondant aux écoles.

Résultats. L'échantillon comprenait 16 737 élèves, dont 9,5 % ont indiqué qu'un parent ou un tuteur servait ou avait servi dans l'armée canadienne. Après ajustement pour le niveau scolaire, le sexe et le niveau d'aisance familiale, les jeunes de famille de militaires étaient 28 % plus susceptibles de faire état d'un faible sentiment de bien-être (IC à 95 %: 1,17 à 1,40), 32 % plus susceptibles de faire état de sentiments persistants de désespoir (1,22 à 1,43), 22 % plus susceptibles de faire état de problèmes émotionnels (1,13 à 1,32), 42 % plus susceptibles de faire état d'un faible degré de satisfaction à l'égard de la vie (1,27 à 1,59) et 37 % plus susceptibles de déclarer adopter fréquemment des comportements à risque (1,21 à 1,55).

Conclusion. Les jeunes de familles de militaires ont déclaré avoir une moins bonne santé mentale et adopter davantage de comportements à risque que les jeunes issus de familles de civils. Les résultats laissent penser qu'il faudrait prévoir un soutien supplémentaire en matière de santé mentale et de bien-être pour les jeunes Canadiens de familles de militaires et qu'il faudrait mener des travaux de recherche longitudinaux pour comprendre les déterminants sous-jacents qui contribuent à ces différences.

Points saillants

- Les jeunes de familles liées au milieu militaire (« familles de militaires ») sont exposés à des facteurs de stress spécifiques liés à la carrière de militaire de leur parent, ces facteurs étant susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur leur santé mentale et leur bienêtre. Les travaux de recherche dont on dispose se limitent principalement à des cohortes d'enfants et d'adolescents de familles de militaires aux États-Unis.
- Les jeunes Canadiens de familles de militaires ont déclaré avoir une moins bonne santé mentale, éprouver une moins grande satisfaction à l'égard de la vie et adopter davantage de comportements à risque que les jeunes issus de familles de civils.
- Il est nécessaire de se concentrer à l'échelle internationale sur les conséquences de la carrière militaire des parents et sur les meilleurs moyens de gérer les risques qui en découlent pour leurs enfants.

Mots-clés: familles de militaires, adolescents, santé mentale, satisfaction à l'égard de la vie, comportements à risque

Rattachement des auteurs :

- 1. Programme de qualité de la santé, École de soins infirmiers, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
- 2. École de réadaptation, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
- 3. Faculté de l'éducation, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
- 4. Département des sciences de la santé publique, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
- 5. Département de psychologie, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
- 6. École de la santé des populations et de la santé mondiale, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
- 7. Département des sciences de la santé, Université Brock, St. Catharines (Ontario), Canada

Correspondance: Alyson Mahar, École de soins infirmiers, Université Queen's, Édifice Cataraqui, 92 rue Barrie, Kingston (Ontario) K7L 3N6; tél.: 613-533-2668; courriel: alyson.mahar@queensu.ca

Introduction

Les jeunes de familles liées au milieu militaire (« familles de militaires » dans la suite du texte) sont exposés à un ensemble spécifique de facteurs de stress. Les absences prolongées du (ou des) parent(s) militaire(s) pour les entraînements ou les déploiements, le risque inhérent de blessure ou de décès du parent et les réinstallations fréquentes qui perturbent l'éducation, les activités parascolaires et les groupes de pairs peuvent tous avoir une incidence négative sur la santé mentale et le bienêtre des jeunes^{1,2}. En outre, par rapport au personnel non militaire, les militaires sont plus susceptibles d'avoir eux-mêmes eu des expériences négatives ou des traumatismes pendant l'enfance, ce qui peut avoir une incidence sur leur comportement en tant que parents^{3,4}.

Grandir au sein d'une famille de militaires exige également des jeunes qu'ils aient un réseau social qui s'adapte, ce qui peut avoir une incidence sur leur sentiment d'appartenance et sur leur accès au soutien de la collectivité^{1,2,5}. On peut comprendre les voies qui sous-tendent ce risque grâce au modèle du stress familial^{6,7}, qui décrit la manière dont les sentiments de détresse et d'insécurité éprouvés par les membres d'une famille affectent négativement les pratiques parentales et l'ajustement dyadique ainsi que les risques subséquents d'inadaptation chez les enfants8. Par exemple, la dépression maternelle, un facteur important de risque de problèmes émotionnels et comportementaux chez les jeunes9, est répandue parmi les femmes non militaires dont le conjoint est militaire10,11, en particulier à l'approche du déploiement¹². D'autres travaux de recherche ont révélé que l'état de stress post-traumatique des parents dans les familles de militaires est également associé à une moins bonne santé mentale chez les enfants7,13.

Bien qu'il existe une littérature abondante faisant état d'une moins bonne santé mentale chez les enfants et les adolescents de familles de militaires, la plupart de ces travaux de recherche épidémiologique ont été menés aux États-Unis¹⁴. Or l'expérience des familles de militaires aux États-Unis pourrait ne pas être représentative de celle des familles d'autres pays, étant donné les différences dans le mode de vie militaire (conflits, réinstallations, déploiements, rythme et intensité des opérations) et la façon dont les militaires sont perçus

et appréciés dans d'autres pays15-21. De plus, les travaux de recherche antérieurs ont été axés sur des comparaisons entre ieunes de familles de militaires et étudiaient l'incidence du déploiement, de la participation à des combats ou de l'état de stress post-traumatique des parents sur la santé mentale des jeunes^{1,13,22-25}. Bien que les voies et les déterminants d'une santé mentale plus fragile chez les familles de militaires aux États-Unis soient probablement valables dans d'autres pays, cette information ne permet pas aux familles, aux défenseurs des militaires ou aux décideurs politiques de connaître les répercussions directes ou indirectes de la carrière militaire des parents sur la santé et le bien-être de leurs enfants. Afin de comprendre dans quelle mesure ces relations demeurent valables dans différents contextes, il est nécessaire de disposer dans de nombreux pays d'une estimation du fardeau que constituent les problèmes de santé mentale et de bien-être chez les jeunes de familles de militaires par rapport aux jeunes de familles non liées au milieu militaire (« familles de civils » dans la suite du texte).

L'objectif de cette étude était d'analyser, au sein d'un échantillon représentatif de jeunes Canadiens, l'association entre le fait d'appartenir à une famille de militaires et des indicateurs de santé mentale, d'émotions et comportements positifs, de satisfaction à l'égard de la vie et de comportements à risque.

Méthodologie

Approbation éthique

L'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada a reçu l'approbation du Comité général d'éthique de la recherche de l'Université Queen's, ainsi que celle du Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Le consentement actif ou passif, selon les pratiques de chaque commission scolaire, a été obtenu auprès des élèves participants, de leurs parents ou tuteurs et de leur école.

Conception de l'étude et population à l'étude

Il s'agit d'une étude transversale qui fait appel aux données de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada (Enquête HBSC) menée

en 2017-2018 (8e cycle) au Canada²⁶. L'Enquête HBSC, réalisée tous les quatre ans en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé²⁷, est une enquête en milieu scolaire représentative à l'échelle nationale menée auprès de jeunes de la 6e à la 10^e années (6^e année à secondaire 4 au Québec). L'échantillonnage des écoles est stratifié en fonction de la province (ou du territoire), de la langue d'enseignement, de la classification en école publique ou catholique et de la taille de la collectivité, avec écoles de remplacement dans l'éventualité où des écoles refusent de participer. Les enfants qui fréquentaient une école privée (au Québec, cela inclut les écoles catholiques), qui étudiaient à domicile ou dans une réserve des Premières Nations ou des Inuits, les jeunes de la rue qui n'allaient pas à l'école et les jeunes incarcérés n'étaient pas admissibles, ce qui représente au total moins de 7 % des jeunes Canadiens²⁸. Une pondération a été appliquée pour chaque année scolaire, afin que chaque province et territoire soit représenté de façon proportionnelle.

Les élèves ont rempli un questionnaire sur papier ou en ligne (en fonction des préférences des commissions scolaires), qui leur a été généralement remis par un enseignant en classe, au cours d'une séance de 40 à 75 minutes. L'échantillon comprenait 21 541 élèves de la 6° à la 10° années (généralement âgés de 11 à 15 ans) dans 287 écoles représentant l'ensemble des provinces et deux territoires (le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest). Une pondération a été appliquée afin que chaque province ou territoire ait une représentation proportionnelle pour chaque année scolaire.

Éléments mesurés dans le cadre de l'étude

L'enquête comprenait des questions obligatoires et facultatives normalisées à l'échelle internationale²⁶. Le lien avec le milieu militaire a été mesuré en tant que variable dichotomique. On a demandé aux élèves de répondre « oui », « non » ou « je ne sais pas » à la question : « L'un de tes parents ou tuteurs sert-il actuellement ou a-t-il déjà servi dans les Forces armées canadiennes (Armée de terre, Marine ou Armée de l'air)? » Les élèves ayant répondu « oui » ont été classés comme ayant un lien avec le milieu militaire. Les élèves ayant indiqué qu'ils ne savaient pas ou n'ayant pas répondu à la question ont été exclus.

Trois indicateurs de mauvaise santé mentale, un indicateur d'émotions et comportements positifs, une mesure de la satisfaction à l'égard de la vie et une mesure de comportements à risque ont été étudiés. Le faible niveau de bien-être a été mesuré à l'aide de l'indice de bien-être en cinq points de l'Organisation mondiale de la santé (5-item World Health Organization Well-Being Index, WHO-5)²⁷, les scores les plus faibles étant associés aux niveaux de bien-être moins élevés. Les cinq points de cet indice sont les suivants : « Au cours des deux dernières semaines, combien de fois: t'es-tu senti(e) joyeux(se) et de bonne humeur; t'es-tu senti(e) calme et détendu(e); t'es-tu senti(e) actif(ve) et énergique; t'es-tu senti(e) frais(fraîche) et dispos(e) en te réveillant; as-tu passé une journée remplie de choses qui t'intéressent? » Six réponses étaient possibles, allant de « toujours » (valeur 1) à « jamais » (valeur 6). Les scores ont été additionnés et ramenés à une échelle de 0 à 25, puis multipliés par 4 afin d'obtenir un résultat sur 100. Un score de 50 et moins correspond à un niveau de bienêtre faible^{29,30}.

Le sentiment de désespoir a été mesuré à l'aide de la question : « Au cours des 12 derniers mois, t'es-tu déjà senti(e) triste ou désespéré(e) au point de cesser certaines de tes activités habituelles presque tous les jours pendant deux semaines d'affilée ou plus? » (choix de réponse : « oui » ou « non »). Le désespoir ou la tristesse durable est un critère et un prédicteur d'idées suicidaires et de dépression d'importance clinique³¹.

Les problèmes émotionnels ont été évalués à l'aide des huit questions suivantes : « Combien de fois as-tu eu le moral bas ou t'es-tu senti(e) déprimé(e)? »; « Combien de fois t'es-tu senti(e) nerveux(se)? »; « Combien de fois as-tu eu de la difficulté à t'endormir? » (5 choix de réponse allant de 1 pour « Presque chaque jour » à 5 pour « Rarement ou jamais ») ainsi que « J'ai du mal à prendre des décisions »; « Je souhaite souvent être quelqu'un d'autre »; « Je me sens souvent sans recours »; « J'ai souvent l'impression d'être délaissé(e) » et « Je me sens souvent seul(e) » (5 choix de réponse allant de 1 pour « Tout à fait d'accord » à 5 pour « Pas du tout d'accord »)30. Les scores ont été additionnés (plage de 8 à 40; $\alpha = 0.86$), et le fait de se situer dans le tertile inférieur a été considéré comme un indice de problèmes émotionnels importants.

Le comportement prosocial, qui est un indicateur d'émotions et de comportements positifs, a été mesuré à l'aide de cinq éléments mesurant si l'élève aidait les autres ou était gentil avec eux sans qu'on le lui demande³⁰. Les scores associés aux réponses allant de « Ça ne me ressemble pas du tout » (valeur 1) à « Ça me ressemble beaucoup » (valeur 6) ont été additionnés, et le fait de se situer dans le premier tertile a été considéré comme un indice de comportement prosocial marqué.

La satisfaction à l'égard de la vie a été mesurée à l'aide de l'échelle de Cantril³². Pour cet indicateur, on présente aux élèves l'image d'une échelle afin qu'ils évaluent où ils se situent (de 0 pour « La pire vie possible » à 10 pour « La meilleure vie possible »). Un score de 5 ou moins a été considéré comme l'indice d'une faible satisfaction à l'égard de la vie.

Enfin, la notion de « prise de risques manifeste » combine les éléments décrivant la fréquence des comportements suivants : consommation d'alcool (présente et passée), antécédents d'ivresse, consommation de produits du tabac autres que la cigarette (présente et passée), antécédents de tabagisme et consommation de boissons énergisantes contenant de la caféine³³.

Les données sociodémographiques étaient l'âge, le sexe et le niveau scolaire. L'âge (en années) a été calculé à l'aide de la date de naissance autodéclarée et de la date de participation à l'enquête. Le sexe (« masculin », « féminin », « aucun de ces termes ne me décrit ») et le niveau scolaire ont été autodéclarés. Les antécédents culturels et raciaux* ont été choisis à partir d'une liste établie par Statistique Canada. Le niveau d'aisance familiale a été mesuré à l'aide de l'échelle du niveau d'aisance de la famille en six points (6-item Family Affluence Scale; FAS III), un indice des possessions matérielles au sein du foyer, et a été divisé en quintiles approximatifs reposant sur la distribution complète de l'échantillon³⁴. L'appartenance au milieu de résidence (urbain ou rural) a été définie à partir de l'emplacement géographique de l'école des élèves, en appliquant les catégories utilisées par Statistique Canada pour la taille des collectivités³⁵. Les élèves pour lesquels il manquait des données relativement au niveau scolaire, au sexe ou au niveau d'aisance familiale ont été exclus de l'échantillon.

Analyse

Les élèves ayant fourni une réponse complète à tous les éléments utilisés dans les modèles multivariés ont été inclus dans chaque analyse. Dans les expériences antérieures utilisant des données de l'Enquête HBSC, les analyses de cas imputées et complètes donnaient des résultats sensiblement similaires dans la plupart des cas, avec toutefois quelques gains en efficacité statistique³⁶, ce qui concorde avec les conclusions d'autres enquêtes canadiennes sur la santé mentale menées auprès des jeunes³⁷. Les caractéristiques sociodémographiques des élèves de familles de militaires et de ceux de familles de civils ont été décrites et comparées à l'aide de tests du chi carré de Rao-Scott tenant compte des grappes correspondant aux écoles.

Nous avons utilisé des modèles bivariés et multivariés de régression de Poisson modifiée à variance d'erreur robuste pour estimer le risque relatif (RR) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants en étudiant les associations entre le fait d'avoir un lien avec le milieu militaire et la santé mentale. Les modèles multivariés ont été ajustés pour le sexe, le niveau scolaire et le niveau d'aisance familiale. Les modèles ont été estimés pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de strates correspondant au niveau scolaire $(6^e$ à 8^e années et 9^e ou 10^e années) et au sexe (garçons et filles). Tous les modèles ont été ajustés pour les grappes correspondant aux écoles à l'aide d'équations d'estimation généralisées. On a utilisé une puissance statistique de 80 % dans les analyses afin de détecter des risques relatifs de 1,10 à 1,18 dans l'échantillon global, de 1,17 à 1,31 chez les garçons, de 1,14 à 1,25 chez les filles, de 1,14 à 1,34 dans le groupe des élèves les plus jeunes et de 1,12 à 1,25 dans le groupe des élèves les plus âgés ($\alpha = 0.05$, bilatéral). La pondération de l'Enquête HBSC n'a été appliquée qu'aux jeunes sans lien avec le milieu militaire. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel

^{*} Terminologie utilisée dans l'étude.

SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Dans l'ensemble, 21 541 jeunes de 6e à 10e années ont participé à l'enquête. L'échantillon pondéré final comprenait 16737 élèves, après exclusion des élèves qui ne savaient pas si leur famille avait un lien avec le milieu militaire (n = 2573; n pondéré = 2111) et des élèves dont les données liées aux variables de base étaient incomplètes (n = 3544; n pondéré = 2693). Par rapport aux élèves inclus dans l'étude, les élèves exclus étaient davantage susceptibles d'être des garçons (53 % contre 47 %) et d'être en 6e, 7e ou 8e années (67 % contre 58 %) et moins susceptibles d'avoir un lien avec le milieu militaire (5,7 % contre 9,5 %). Environ 9.5 % de l'ensemble de l'échantillon non pondéré (1470 élèves) ont déclaré avoir un lien avec le milieu militaire. Les élèves ayant un lien avec le milieu militaire étaient légèrement plus susceptibles de s'identifier comme des garçons (51 % contre 45 %) et étaient beaucoup plus susceptibles d'être blancs (76 % contre 71 %), de vivre en milieu rural ou dans un petit centre de population (57 % contre 46 %) et d'être dans le quintile le plus élevé du niveau d'aisance familiale (24 % contre 19 %; tableau 1).

Dans l'ensemble, 29,5 % des jeunes de familles de militaires ont déclaré avoir un faible sentiment de bien-être, 37,5 % ont déclaré avoir un sentiment de désespoir, 38,4 % se situaient dans le tiers supérieur de la distribution de l'échantillon en ce qui concerne les problèmes émotionnels, 22,7 % ont déclaré avoir un faible degré de satisfaction à l'égard de la vie, 31,5 % se situaient dans le tiers supérieur de la distribution de l'échantillon en ce qui concerne le comportement prosocial et 22,4 % ont déclaré adopter des comportements à risque (tableau 2).

Après ajustement pour le niveau scolaire, le sexe et le niveau d'aisance familiale, les jeunes de familles de militaires étaient beaucoup plus susceptibles de mentionner des valeurs négatives pour les indicateurs de santé mentale que ceux de familles de civils. Ils étaient 28 % plus susceptibles de faire état d'un faible sentiment de bien-être (RR = 1,28; IC à 95 % : 1,17 à 1,40), 32 % plus susceptibles de faire état d'un sentiment de désespoir (RR = 1,32; 1,22 à 1,43), 22 % plus

susceptibles de faire état de problèmes émotionnels (RR = 1,22; 1,13 à 1,32) et 42 % plus susceptibles de faire état d'un faible degré de satisfaction à l'égard de la vie (RR = 1,42; 1,27 à 1,59).

Les associations entre le fait d'avoir un lien avec le milieu militaire, un faible sentiment de bien-être et un faible degré de satisfaction à l'égard de la vie étaient plus fortes chez les élèves plus jeunes (6e à 8^e années) que chez les élèves de 9^e et 10e années (tableau 3). Par exemple, les jeunes de 6e à 8e années de familles de militaires étaient 42 % plus susceptibles de faire état d'un faible sentiment de bienêtre que ceux de familles de civils (RR = 1,42; 1,24 à 1,62), comparativement à 15 % chez les jeunes de 9^e et 10^e années (RR = 1,15; 1,03 à 1,30). Les associations entre le fait d'avoir un lien avec le milieu militaire et d'autres problèmes de santé mentale étaient en général similaires chez les élèves de 6^e à 8^e années par rapport à ceux de 9e et 10e années. Les associations entre le fait d'avoir un lien avec le milieu militaire et une moins bonne santé mentale étaient en général similaires chez les garçons et chez les filles (tableau 4).

Après ajustement pour les covariables, nous n'avons pas détecté de différence dans la probabilité de faire état d'un comportement prosocial marqué entre les jeunes de familles de militaires et ceux de familles de civils (tableau 2). La probabilité de de comportement prosocial chez les jeunes de familles de militaires par rapport à ceux de familles de civils était la même dans tous les niveaux scolaires (tableau 3) ainsi qu'entre filles et garçons (tableau 4).

Les jeunes de familles de militaires étaient 37 % plus susceptibles d'adopter des comportements à risque par rapport aux jeunes de familles de civils, après ajustement pour les covariables (RR = 1,37; 1,21 à 1,55; tableau 2). Ces associations sont demeurées stables entre les niveaux scolaires (tableau 3) ainsi qu'entre garçons et filles (tableau 4).

Analyse

Cette étude comparait la santé émotionnelle et comportementale de jeunes de familles de militaires et de jeunes de familles de civils au Canada, à la lumière des résultats d'une enquête nationale sur la santé menée en milieu scolaire. Nous avons observé que les jeunes de familles

de militaires étaient plus susceptibles d'avoir des scores compatibles avec un faible sentiment de bien-être, un sentiment de désespoir, un faible degré de satisfaction à l'égard de la vie et des comportements à risque fréquents comparativement aux jeunes de familles de civils. Ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle l'exposition des enfants à la triade de dimensions caractérisant le mode de vie des familles militaires (risques, absences prolongées, réinstallations) pourrait avoir une incidence négative sur leur santé mentale et leur bien-être38. Nos observations corroborent également la force et la résilience des jeunes de familles de militaires. Nous avons observé un taux similaire de comportement prosocial chez les jeunes de familles de militaires et les jeunes de familles de civils, ce qui laisse entendre que le développement socioémotionnel des jeunes est comparable malgré les risques accrus de problèmes émotionnels et comportementaux.

Nos résultats concordent avec ceux de la littérature internationale qui font état d'une moins bonne santé mentale et d'un moins grand sentiment de bien-être chez les enfants et les adolescents de familles de militaires^{1,24,25,39-41}. Les enfants et les adolescents des familles canadiennes de militaires étaient plus susceptibles de consulter un médecin pour obtenir des services de santé mentale, particulièrement pour un trouble non psychotique (comme la dépression), un trouble envahissant du développement (comme l'autisme) et un trouble du comportement perturbateur (comme un trouble déficitaire de l'attention)42. Par rapport à la population générale, les enfants et les adolescents de familles de militaires ailleurs qu'au Canada étaient plus susceptibles d'avoir un score moyen plus élevé en ce qui concerne les difficultés émotionnelles et comportementales, un taux plus élevé de comportements d'externalisation et d'internalisation et un taux plus élevé d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide1,24,25,39-41.

Notre étude va également dans le même sens que les travaux de recherche menés aux États-Unis montrant que les enfants et les adolescents de familles de militaires sont plus enclins à adopter des comportements à risque^{40,43}. Il faudra mener des études qualitatives et quantitatives axées sur les mécanismes qui contribuent à ces différences en matière de santé mentale et de comportements à risque, et notamment

TABLEAU 1 Caractéristiques sociodémographiques des élèves de familles de militaires et des élèves de familles de civils

	Élèves liés au milieu militaire (familles de militaires)			c le milieu militaireª de civils)	p ^b
	n	(%)	n	(%)	
Total	1 470	(100)	15 267	(100)	
Sexe					
Garçons	750	(51,0)	6 931	(45,4)	
Filles	692	(47,1)	8 161	(53,5)	< 0,001
« Aucun des deux termes ne me décrit »	28	(1,9)	175	(1,1)	
Niveau scolaire					
6° à 8° années	881	(59,9)	8 872	(58,1)	0,64
9e et 10e années	589	(40,1)	6 394	(41,9)	0,04
Antécédents culturels et raciaux ^c					
Blanc	1 096	(76,0)	10 634	(70,6)	
Noir	39	(2,7)	664	(4,4)	
Latino-Américain	13	(0,9)	217	(1,4)	
Autochtone	74	(5,1)	410	(2,7)	
Asiatique de l'Est et du Sud-Est	18	(1,3)	496	(3,3)	< 0,001
Asiatique du Sud	11	(0,8)	574	(3,8)	
Asiatique de l'Ouest	8	(0,6)	283	(1,9)	
Autre (dont réponses multiples)	184	(12,8)	1 790	(11,9)	
Information manquante	27		200		
Milieu de résidence					
Zone rurale (Moins de 1 000 hab.)	43	(2,9)	124	(0,8)	
Petit centre de population (1 000 à 29 999 hab.)	795	(54,1)	6 836	(44,8)	
Moyen centre de population (30 000 à 99 999)	288	(19,6)	2 717	(17,8)	< 0,001
Grand centre de population urbain (100 000 hab. ou plus)	344	(23,4)	5 589	(36,6)	
Niveau d'aisance familiale					
1er quintile (le plus bas)	242	(16,5)	2 856	(18,7)	
2º quintile	327	(22,2)	3 340	(21,9)	
3º quintile	279	(19,0)	2 369	(15,5)	< 0,001
4º quintile	267	(18,2)	3 867	(25,3)	
5º quintile (le plus élevé)	355	(24,2)	2 845	(18,6)	

Source des données : Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada, 2017-2018²⁶.

Abréviation : hab, habitants

déterminer par quels moyens les familles ont réussi à relever ces défis professionnels, afin d'élaborer des programmes et des services qui s'attaquent efficacement aux causes profondes de ces problèmes de santé et de comportement. Il est essentiel de comprendre comment les jeunes de familles de militaires définissent une bonne santé mentale et comment ils intègrent la carrière militaire de leur parent ou de leur tuteur dans leur santé et leur bien-être en général.

Les dimensions de la carrière militaire d'un parent sont susceptibles de générer un stress qui se traduit par une moins bonne santé mentale et un moins grand bien-être chez les jeunes concernés que chez leurs pairs. Les familles canadiennes de militaires font état de trois défis communs : les réinstallations, l'absence des membres de la famille en service et leur risque de maladie, de blessure et de décès⁴⁴. Au Canada, les enquêtes sur les réinstallations des militaires ont mis en

lumière les conséquences des déménagements sur l'éducation des enfants et cela peut constituer un motif valable pour demander une affectation dans un lieu précis ou une justification pour la réinstallation du parent militaire sans sa famille⁴⁵. Des études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni auprès de populations d'enfants et d'adolescents de familles de militaires ont fait état d'une moins bonne santé mentale chez les jeunes après une réinstallation et d'une moins bonne santé

^a Toutes les valeurs sont pondérées.

^b Valeur *p* du test du chi-carré de Rao-Scott comparant la distribution globale chez les élèves des familles de militaires et les élèves des familles de civils, après ajustement pour les grappes correspondant aux écoles.

^c Terminologie utilisée dans l'Enquête HBSC.

TABLEAU 2 Associations entre l'existence d'un lien avec le milieu militaire et certains indicateurs de santé mentale

Critère	Lien avec le milieu militaire (jeunes de familles de militaires)		Sans lien avec le milieu militaire (jeunes de familles de civils)		RR brut ^a	RR ajusté ^{a,b}
Cittere	Effectif total (n)	Proportion de oui (%)	Effectif total (n)	Proportion de oui (%)	(IC à 95 %)	(IC à 95 %)
Bien-être faible	1 422	(29,5)	14 883	(24,5)	1,24 (1,13 à 1,35)	1,28 (1,17 à 1,40)
Désespoir	1 423	(37,5)	14 941	(29,3)	1,28 (1,18 à 1,39)	1,32 (1,22 à 1,43)
Problèmes émotionnels importants	1 378	(38,4)	14 494	(32,8)	1,17 (1,08 à 1,27)	1,22 (1,13 à 1,32)
Satisfaction à l'égard de la vie faible	1 437	(22,7)	15 070	(16,6)	1,37 (1,22 à 1,53)	1,42 (1,27 à 1,59)
Comportement prosocial marqué	1 421	(31,5)	14 877	(31,9)	0,98 (0,90 à 1,07)	1,00 (0,92 à 1,09)
Prise de risque manifeste importante	1 385	(22,4)	14 564	(17,2)	1,42 (1,21 à 1,66)	1,37 (1,21 à 1,55)

Source des données: Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada, 2017-2018²⁶.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RR, risque relatif.

mentale chez les jeunes dont un parent est ou a récemment été déployé, souffre d'état de stress post-traumatique (ESPT) ou consomme de l'alcool de façon abusive^{11,24,46-48}.

Selon le contexte et la composition de la famille, ces facteurs de stress peuvent avoir des répercussions plus ou moins importantes sur la santé mentale des jeunes⁴⁵. Ces facteurs sont susceptibles de s'additionner ou d'interagir au sein d'une famille au cours de la carrière militaire d'un parent, tout au long de la vie de la famille ainsi que lors d'événements marquants comme le déploiement d'un parent ou une réinstallation³⁸. Par conséquent, les facteurs de stress et les expériences

sont dynamiques, tant au sein d'une famille qu'entre les familles, et tant chez un jeune qu'entre les jeunes.

La carrière militaire d'un parent offre également de nombreux avantages aux jeunes et aux familles, ainsi que des occasions de s'adapter et de grandir en réponse à ces dimensions du mode de vie militaire⁴⁹. Les parents ou les tuteurs militaires ont un emploi, ce qui offre d'importants avantages économiques pour les familles. Par exemple, au Canada, les jeunes de familles de militaires vivent dans des régions à revenu plus élevé que les jeunes de familles de civils⁵⁰. En outre, pour certains jeunes, le fait de déménager fréquemment leur permettra de découvrir davantage le

monde ou leur propre pays, de vivre de nouvelles expériences, d'apprendre à s'adapter à des situations sociales et d'apprentissage nouvelles et différentes, d'améliorer leurs compétences relationnelles, d'élargir leur réseau social à plusieurs provinces et territoires et de resserrer les liens familiaux^{14,49}. Alors que les familles canadiennes de militaires se disent généralement fortes et capables de s'adapter44, peu de travaux de recherche ont été menés sur les mécanismes d'interaction positive et sur les conséquences de ces facteurs de stress, ce qui fait que des études plus approfondies sur le sujet sont nécessaires49.

D'après les résultats de travaux antérieurs menés au Canada sur les consultations

TABLEAU 3
Associations entre le fait d'avoir un lien avec le milieu militaire et certains indicateurs de santé mentale, par niveau scolaire

Critère	6° à 8° années		9º et 10º années	
	RR brut (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)	RR brut (IC à 95 %)	RR ajusté ^{a,b} (IC à 95 %)
Bien-être faible	1,36 (1,18 à 1,56)	1,42 (1,24 à 1,62)	1,13 (1,01 à 1,27)	1,15 (1,03 à 1,30)
Désespoir	1,25 (1,11 à 1,40)	1,29 (1,15 à 1,44)	1,33 (1,19 à 1,48)	1,36 (1,22 à 1,52)
Problèmes émotionnels importants	1,23 (1,09 à 1,37)	1,28 (1,14 à 1,43)	1,13 (1,03 à 1,24)	1,16 (1,06 à 1,28)
Satisfaction à l'égard de la vie faible	1,46 (1,27 à 1,69)	1,54 (1,34 à 1,77)	1,26 (1,07 à 1,48)	1,28 (1,09 à 1,51)
Comportement prosocial marqué	0,97 (0,87 à 1,08)	0,98 (0,88 à 1,10)	1,00 (0,88 à 1,15)	1,02 (0,90 à 1,16)
Prise de risque manifeste importante	1,39 (1,11 à 1,74)	1,35 (1,08 à 1,69)	1,35 (1,18 à 1,54)	1,34 (1,17 à 1,53)

Source des données: Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada, 2017-201826.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RR, risque relatif.

^a Ajusté de façon à tenir compte des grappes correspondant aux écoles et pondéré; risque relatif estimé à l'aide d'une régression de Poisson modifiée à variance d'erreur robuste.

b Ajusté pour le sexe, le niveau scolaire et le niveau d'aisance familiale.

a Ajusté de façon à tenir compte des grappes correspondant aux écoles et pondéré; risque relatif estimé à l'aide d'une régression de Poisson modifiée à variance d'erreur robuste.

^b Ajusté pour le sexe, le niveau scolaire et le niveau d'aisance familiale.

TABLEAU 4
Associations entre le fait d'avoir un lien avec le milieu militaire et certains indicateurs de santé mentale, par sexe

Critère	Garçons		Filles	
	RR brut (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)	RR brut (IC à 95 %)	RR ajusté ^{a,b} (IC à 95 %)
Bien-être faible	1,20 (1,02 à 1,41)	1,24 (1,05 à 1,47)	1,30 (1,16 à 1,46)	1,30 (1,17 à 1,46)
Désespoir	1,41 (1,22 à 1,63)	1,43 (1,24 à 1,65)	1,28 (1,16 à 1,40)	1,29 (1,17 à 1,41)
Problèmes émotionnels importants	1,15 (0,99 à 1,35)	1,18 (1,01 à 1,38)	1,25 (1,13 à 1,38)	1,26 (1,14 à 1,39)
Satisfaction à l'égard de la vie faible	1,40 (1,17 à 1,68)	1,45 (1,21 à 1,74)	1,43 (1,25 à 1,64)	1,46 (1,27 à 1,67)
Comportement prosocial marqué	1,00 (0,87 à 1,15)	0,98 (0,85 à 1,12)	1,02 (0,90 à 1,14)	1,01 (0,90 à 1,14)
Prise de risque manifeste importante	1,35 (1,13 à 1,62)	1,37 (1,17 à 1,60)	1,36 (1,08 à 1,70)	1,31 (1,09 à 1,57)

Source des données: Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada, 2017-2018²⁶.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RR, risque relatif.

externes en santé mentale et sur les retards dans les soins prodigués par les psychiatres et les pédiatres, et d'après les constatations de notre étude, il est possible que les besoins en matière de soins de santé mentale des jeunes de familles de militaires ne soient pas satisfaits^{42,51}. Outre un accès aux services et aux programmes de santé mentale civils financés par des fonds publics ou privés, ces familles ont accès à des aides et à des services spécialisés offerts par les Forces armées canadiennes, par exemple des services de counseling et de gestion de crise dans les Centres de ressources pour les familles des militaires, la télésanté et d'autres soutiens virtuels en matière de santé mentale. À ce jour, il n'existe aucune évaluation canadienne de l'efficacité et de la suffisance des services de soins de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents des familles de militaires, ni des obstacles à l'accès à ces soins. Des études menées auprès de familles de militaires aux États-Unis ont révélé des obstacles à l'obtention de soins de santé mentale par les adolescents ayant un lien avec le milieu militaire^{1,24,25,39-41}. La disponibilité à l'échelle nationale de soins de santé mentale culturellement adaptés et de services et de soutiens accessibles est essentielle pour que les enfants et les adolescents ne payent pas « un prix pour le service au pays de leur parent »5, p.9, un prix affectant leur santé mentale et leur bien-être.

Points forts et limites

Notre étude a été menée avec le plus grand échantillon canadien de jeunes de familles de militaires utilisé à ce jour, couvrant toutes les provinces et deux territoires, et elle inclut des évaluations générales de la santé mentale, du bien-être et des comportements à risque. Bien que les mesures de santé mentale aient été brèves et non destinées à établir un diagnostic, elles ont été validées et ont fait l'objet d'un test de validité apparente. Par ailleurs, on les a utilisées dans divers cycles de travaux de recherche nationaux et internationaux fondés sur les données de l'Enquête HBSC afin de comprendre la santé mentale et le bien-être des jeunes. Nous n'envisageons aucune différence d'utilisation de ces échelles entre les jeunes de familles de militaires et ceux de familles de civils. Pour combler les lacunes qui subsistent dans l'épidémiologie des maladies mentales chez les enfants et les adolescents de familles de militaires, il convient de recourir à différentes mesures utilisant des critères validés de dépistage des troubles psychiatriques à l'aide de critères diagnostiques. Dans notre étude, nous n'avons pas abordé les explications possibles, qu'elles soient spécifiques à l'armée ou plus fondamentales, des différences observées en matière de santé mentale et de comportements à risque, comme l'absence d'un parent ou le risque de blessure ou de décès du parent, les relations avec la famille ou les pairs, les résultats scolaires ou encore les expériences d'intimidation.

En outre, nous n'avons pas recueilli d'information sur la durée de l'engagement militaire des parents, sur les déploiements ou sur le nombre de réinstallations liées à l'activité militaire. Ces renseignements supplémentaires aideraient les décideurs à comprendre comment ces relations complexes sont modulées ou modifiées par des variables telles que les comportements à risque des parents, les expériences négatives vécues par les parents

pendant leur enfance ou d'autres caractéristiques spécifiques au personnel militaire et au personnel de la sécurité publique qui contribuent à la santé et au bien-être de leurs enfants. Il faut mener des études qualitatives et quantitatives, en particulier des études comparant les expériences des jeunes de familles liées au milieu militaire et de jeunes de familles liées au secteur de la sécurité publique, afin de permettre une compréhension plus nuancée des jeunes de familles de militaires et afin de déterminer à qui attribuer les ressources visant à améliorer la santé mentale et le bien-être des jeunes.

Conclusion

Il est essentiel que nous continuions à tenir compte des familles des militaires, de la nature dynamique et complexe de la vie militaire et de la vie familiale ainsi que des répercussions sur les jeunes, à la fois pendant et après la période d'engagement militaire des parents. Les jeunes des familles de militaires se sont révélés plus susceptibles d'adopter des comportements à risque et de faire état d'un sentiment de désespoir, d'un sentiment de bien-être faible et un degré faible de satisfaction à l'égard de la vie que les jeunes de familles de civils, tout en ayant un taux similaire de comportement prosocial malgré les risques accrus de problèmes émotionnels et comportementaux. Il est nécessaire de comprendre les mécanismes clés par lesquels ces différences en matière de santé mentale émergent et sont associées à des diagnostics médicaux. En outre, il convient de discerner la trajectoire à long terme des jeunes de familles de militaires qui ont une moins bonne santé mentale et un moins grand sentiment de bien-être

a Ajusté de façon à tenir compte des grappes correspondant aux écoles et pondéré; risque relatif estimé à l'aide d'une régression de Poisson modifiée à variance d'erreur robuste.

b Ajusté pour le sexe, le niveau scolaire et le niveau d'aisance familiale.

afin de déterminer quelles seraient les meilleures façons d'intervenir. Il faudra mener des travaux de recherche pour élucider ces voies étiologiques hypothétiques et mieux comprendre la résilience et la capacité d'adaptation des personnes qui réagissent différemment à ces défis, afin de mettre au point et de tester des interventions visant à réduire les risques excessifs pour la santé mentale des jeunes découlant de la carrière militaire de leur parent.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans pour son soutien dans le recrutement des écoles qui ont participé à cette étude. Le 8e cycle de l'Enquête HBSC a été mené au Canada par le Groupe d'évaluation des programmes sociaux de l'Université Queen's. Nous remercions Joanna Inchley, coordonnatrice internationale de l'Enquête HBSC (Université de Glasgow, Écosse) et Oddrun Samdal, coordonnatrice internationale des données (Université de Bergen, Norvège). Les chercheurs principaux canadiens avant participé à l'Enquête HBSC de 2018 étaient Wendy Craig et William Pickett, de l'Université Queen's. Le coordonnateur national était Matthew King.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

AM: conception, curation des données, méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit. HC: méthodologie, révision et relecture du manuscrit. MK: curation des données, analyse formelle, révision et relecture du manuscrit. NK: analyse formelle, révision et relecture du manuscrit. FE: méthodologie, révision et relecture du manuscrit. WC: curation des données, méthodologie, révision et relecture du manuscrit. WP: curation des données, méthodologie, supervision, révision et relecture du manuscrit.

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

Références

- 1. Chandra A, Lara-Cinisomo S, Jaycox LH, et al. Children on the homefront: the experience of children from military families. Pediatrics. 2010;125(1): 16-25. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1180
- 2. Huebner CR. Health and mental health needs of children in US military families. Pediatrics. 2019;143(1): e20183258. https://doi.org/10.1542/peds.2018-3258
- 3. Afifi TO, Taillieu T, Zamorski MA, Turner S, Cheung K, Sareen J. Association of child abuse exposure with suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts in military personnel and the general population in Canada. JAMA Psychiatry. 2016;73(3):229-238. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2732
- Blosnich JR, Dichter ME, Cerulli C, Batten SV, Bossarte RM. Disparities in adverse childhood experiences among individuals with a history of military service. JAMA Psychiatry. 2014;71(9): 1041-1048. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.724
- 5. Daigle P (Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes). Sur le front intérieur : évaluation du bien-être des familles des militaires canadiens en ce nouveau millénaire. Ottawa (Ont.) : Ombudsman, ministère de la Défense nationale et Forces armées canadiennes; 2013. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/oodndcf-odnfc/documents/reports-pdf/mf-fm-fr.pdf
- Conger RD, Wallace LE, Sun Y, Simons RL, McLoyd VC, Brody GH. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. Dev Psychol. 2002;38(2):179-193. https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.2.179
- Gewirtz AH, DeGarmo DS, Zamir O. Testing a military family stress model. Fam Process. 2018;57(2):415-431. https://doi.org/10.1111/famp.12282

- 8. Barnett MA. Economic disadvantage in complex family systems: expansion of family stress models. Clin Child Fam Psychol Rev. 2008;11(3):145-161. https://doi.org/10.1007/s10567-008-0034-z
- Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. Clin Psychol Rev. 2004;24(4):441-459. https:// doi.org/10.1016/j.cpr.2004.02.002
- 10. Kelley ML, Finkel LB, Ashby J. Geographic mobility, family, and maternal variables as related to the psychosocial adjustment of military children. Mil Med. 2003;168(12):1019-1024.
- 11. Gribble R, Goodwin L, Fear NT. Mental health outcomes and alcohol consumption among UK military spouses/partners: a comparison with women in the general population. Eur J Psychotraumatol. 2019;10(1):1654781. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654781
- 12. Nguyen S, Leardmann CA, Smith B, et al. Is military deployment a risk factor for maternal depression? J Womens Health (Larchmt). 2013;22(1):9-18. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3606
- 13. Fear NT, Reed RV, Rowe S, et al. Impact of paternal deployment to the conflicts in Iraq and Afghanistan and paternal post-traumatic stress disorder on the children of military fathers. Br J Psychiatry. 2018;212(6):347-355. https://doi.org/10.1192/bjp.2017.16
- 14. Cramm H, McColl MA, Aiken AB, Williams A. The mental health of military-connected children: a scoping review. J Child Fam Stud. 2019; 28(7):1725-1735. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01402-y
- 15. Rowan-Legg A. Caring for children and youth from Canadian military families: special considerations. Paediatr Child Health. 2017;22(2):e1-e6. https://doi.org/10.1093/pch/pxx021

- O'Toole BI, Burton MJ, Rothwell A, Outram S, Dadds M, Catts SV. Intergenerational transmission of post-traumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans' families. Acta Psychiatr Scand. 2017;135(5):363-372. https://doi.org/10.1111/acps.12685
- 17. Davidson AC, Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? Aust N Z J Psychiatry. 2001;35(3):345-351. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614
 .2001.00897.x
- McGuire AC, Kanesarajah J, Runge CE, Ireland R, Waller M, Dobson AJ. Effect of multiple deployments on military families: a cross-sectional study of health and well-being of partners and children. Mil Med. 2016;181(4): 319-327. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00310
- 19. Prabhu H, Prakash J, Bhat PS, Gambhir J. Study of events in serving personnel and its association with psychopathology in their children: a multicentric study. Med J Armed Forces India. 2011;67(3):225-229. https://doi.org/10.1016/S0377-1237(11)60046-4
- 20. Mahar AL, Gribble R, Aiken AB, et al. Public opinion of the Armed Forces in Canada, U.K. and the U.S. J Mil Veteran Fam Health. 2017;3(2):2-3. https://doi.org/10.3138/jmvfh.3.2.002
- 21. Gribble R, Wessley S, Klein S, Alexander DA, Dandeker C, Fear NT. British public opinion after a decade of war: attitudes to Iraq and Afghanistan. Politics. 2015;35(2):128-150. https://doi.org/10.1111/1467-9256.12073
- 22. Kritikos TK, Comer JS, He M, Curren LC, Tompson MC. Combat experience and posttraumatic stress symptoms among military-serving parents: a meta-analytic examination of associated offspring and family outcomes. J Abnorm Child Psychol. 2019;47(1): 131-148. https://doi.org/10.1007/s10802-018-0427-5
- 23. Eide M, Gorman G, Hisle-Gorman E. Effects of parental military deployment on pediatric outpatient and well-child visit rates. Pediatrics. 2010;126(1):22-27. https://doi.org/10.1542/peds.2009-2704

- 24. Gorman GH, Eide M, Hisle-Gorman E. Wartime military deployment and increased pediatric mental and behavioral health complaints. Pediatrics. 2010;126(6):1058-1066. https://doi.org/10.1542/peds.2009-2856
- 25. Mansfield AJ, Kaufman JS, Engel CC, Gaynes BN. Deployment and mental health diagnoses among children of US Army personnel. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011;165(11):999-1005. https://doi.org/10.1001/archpediatrics .2011.123
- 26. Craig W, Pickett W, King M. La santé des jeunes Canadiens : conclusions de l'enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research-data/hbsc/rapport-enquete-comportements-sante-jeunes-age-scolaire.pdf
- 27. Inchley JC, Stevens GW, Samdal O, Currie DB. Enhancing understanding of adolescent health and well-being: the Health Behaviour in School-aged Children study. J Adolesc Health. 2020;66(6S):S3-S5. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.014
- 28. Van Pelt DN, Clemens J, Brown B, Palacios M. Where our students are educated: measuring student enrollment in Canada. Vancouver (BC): Fraser Institute; 2015. En ligne à: https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/where-our-students-are-educated-measuring-student-enrolment-in-canada.pdf
- 29. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. Psychother Psychosom. 2015; 84(3):167-176. https://doi.org/10.1159/000376585
- 30. Freeman J, King M, Pickett W. Comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada : un accent sur les relations. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP35-65-2016-fra.pdf

- 31. Harter S, Whitesell NR. Multiple pathways to self-reported depression and psychological adjustment among adolescents. Dev Psychopathol. 1996; 8(4):761-777. https://doi.org/10.1017/S0954579400007410
- 32. Mazur J, Szkultecka-Dębek M, Dzielska A, Drozd M, Małkowska-Szkutnik A. What does the Cantril Ladder measure in adolescence? Arch Med Sci. 2018;14(1):182-189. https://doi.org/10.5114/aoms.2016.60718
- 33. Kwong JL, Klinger DA, Janssen I, Pickett W. Derivation of some contemporary scales to measure adolescent risk-taking in Canada. Int J Public Health. 2018;63(1):137-147. https://doi.org/10.1007/s00038-017-1046-6
- 34. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. Soc Sci Med. 2008;66(6):1429-1436. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024
- 35. Statistique Canada. Classification des centres de population et des régions rurales 2016 [Internet]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada; 2017 [modification le 8 février 2017; consultation le 5 mai 2022]. En ligne à : https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets/norme/ccprr/2016/introduction
- 36. Holder L, McIsaac M, Pickett W. Multiple imputation in complex survey settings: a comparison of methods within the Health Behaviour in School-aged Children study. [Rapport de stage.] Kingston (Ont.): Queen's University; 2015. En ligne à : https://phs.queensu.ca/source/Student%20 Profiles/Laura%20Holder%20-%20
 Practicum%20Report%20(2015).pdf
- 37. Georgiades K, Duncan L, Wang L, Comeau J, Boyle MH. Six-month prevalence of mental disorders and service contacts among children and youth in Ontario: evidence from the 2014 Ontario Child Health Study. Can J Psychiatry. 2019;64(4):246-255. https://doi.org/10.1177/0706743719830024

- 38. Manser L. The state of military families in Canada: a scoping review. J Mil Veteran Fam Health. 2020;6(2): 120-128. https://doi.org/10.3138/jmvfh-2019-0001
- 39. Becker SJ, Swenson R, Esposito-Smythers C, Cataldo A, Spirito A. Barriers to seeking mental health services among adolescents in military families. Prof Psychol Res Pr. 2014; 45(6):504-513. https://doi.org/10.1037 /a0036120
- 40. Sullivan K, Capp G, Gilreath TD, Benbenishty R, Roziner I, Astor RA. Substance abuse and other adverse outcomes for military-connected youth in California: results from a large-scale normative population survey. JAMA Pediatr. 2015;169(10):922-928. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1413
- 41. Cederbaum JA, Gilreath TD, Benbenishty R, et al. Well-being and suicidal ideation of secondary school students from military families. J Adolesc Health. 2014;54(6):672-677. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.09
- 42. Mahar AL, Cramm H, Garces I, et al. Retrospective cohort study of outpatient mental health visits in children and youth in Canadian military families. J Mil Veteran Fam Health. 2022; 8(1):110-124. https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0071
- 43. Reed SC, Bell JF, Edwards TC. Weapon carrying, physical fighting and gang membership among youth in Washington state military families. Matern Child Health J. 2014;18(8): 1863-1872. https://doi.org/10.1007/s10995-014-1430-2
- 44. Services de bien-être et moral des Forces canadiennes (SBMFC). Les familles des militaires et les réinstallations Synthèse des travaux de recherche. Ottawa (Ont.): SBMFC; 2018.
- 45. Manser L. Relocation experiences: the experiences of military families with relocations due to postings—survey results. Ottawa (Ont.): Canadian Forces Morale and Welfare Services; 2018.

- 46. Cunitz K, Dölitzsch C, Kösters M, et al. Parental military deployment as risk factor for children's mental health: a meta-analytical review. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2019; 13:26. https://doi.org/10.1186/s13034-019-0287-y
- 47. Gorman LA, Blow AJ, Ames BD, Reed PL. National Guard families after combat: mental health, use of mental health services, and perceived treatment barriers. Psychiatr Serv. 2011; 62(1):28-34. https://doi.org/10.1176/ps.62.1.pss6201_0028
- 48. Mahar AL, Rowe S, Pernet D, et al. Paternal alcohol misuse in UK military families: a cross-sectional study of child emotional and behavioural problems. J Mil Veteran Fam Health. 2021;7(2):81-92. https://doi.org/10.3138/jmvfh-2019-0061
- 49. Cramm H, Norris D, Venedam S, Tam-Seto L. Toward a model of military family resiliency: a narrative review. J Fam Theory Rev. 2018;10(3):620-640. https://doi.org/10.1111/jftr.12284
- 50. Mahar A, Aiken A, Cramm H, Whitehead M, Groome P, Kurdyak P. Access to health care and medical health services use for Canadian military families posted to Ontario: a retrospective cohort study. J Mil Veteran Fam Health. 2018;4(2):61-70. https://doi.org/10.3138/jmvfh.2018-0014
- 51. Mahar AL, Cramm H, Zhang L, et al. Use of mental health services by children and youth in Ontario military families compared with the general population: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2022;10(1):E119-E125. https://doi.org/10.9778/cmajo.20200312

Aperçu

Identité de genre et attirance sexuelle chez les jeunes Canadiens : résultats de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019

Chinchin Wang, M. Sc. (1,2,3); Gregory Butler, M. Sc. (1); Suzy L. Wong, Ph. D. (1); Colin Steensma, M. Sc. (1); Beth Jackson, M.A., Ph. D. (1); Marisol T. Betancourt, M. Sc., M.D. (1); Karen C. Roberts, M. Sc. (1)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

L'identité de genre et l'attirance sexuelle sont des déterminants importants de la santé. Cette étude fait état de la répartition des identités de genre et de l'attirance sexuelle chez les jeunes Canadiens à l'aide des données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019. Parmi les jeunes de 12 à 17 ans, 0,2 % se sont identifiés comme non binaires et 0,2 % comme transgenres. Chez les jeunes de 15 à 17 ans, 21,0 % des répondants, dont un nombre plus élevé de personnes s'identifiant comme étant de genre féminin que de personnes de genre masculin, ont déclaré avoir une attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé. Compte tenu des associations connues entre, d'une part, la santé et, d'autre part, le genre et l'attirance physique, il est recommandé de procéder à un suréchantillonnage des groupes sexuels minoritaires dans les études à venir pour obtenir des estimations fiables permettant de cerner les iniquités et pour orienter les politiques.

Mots clés : identité de genre, orientation sexuelle, jeunes, personnes transgenres, minorités sexuelles et de genre, Canada

Introduction

Le genre et l'orientation sexuelle sont des déterminants importants de la santé chez les adultes¹⁻⁵ et les jeunes⁶⁻¹⁰, et les données relatives à ces variables devraient être recueillies de façon systématique dans le cadre des activités de surveillance de la santé publique pour relever les iniquités et orienter les politiques.

Statistique Canada a récemment élaboré des normes en matière de données pour le sexe et le genre¹¹, et a mené des consultations pour établir des normes semblables en matière d'orientation sexuelle¹². Le genre désigne « l'identité personnelle et sociale d'un individu en tant qu'homme [genre masculin], femme [genre féminin] ou personne non binaire »¹³. Les catégories

de genre et les expressions normatives du genre varient selon les contextes historique, culturel et social. Le sexe à la naissance, en revanche, est déterminé à partir d'un ensemble de caractéristiques anatomiques et physiologiques¹³. Le terme « cisgenre » désigne une personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Le terme « transgenre » désigne une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui lui a été assigné à la naissance¹⁴. Le terme « non binaire » englobe les personnes dont l'identité de genre n'est pas exclusivement masculine ou féminine¹⁴. Ce terme est souvent utilisé comme terme générique pour les identités de genre autres que binaire (masculin/féminin), en particulier les personnes se définissant comme asexuées, de genre queer ou de

Points saillants

- Le genre et l'attirance sexuelle en tant que dimension de l'orientation sexuelle sont des déterminants importants de la santé chez les jeunes.
- La collecte de renseignements sur le genre et l'attirance sexuelle dans le cadre des activités habituelles de surveillance de la santé publique est importante pour relever les iniquités et orienter les politiques.
- Cette étude fait état d'estimations représentatives à l'échelle nationale de la répartition des genres et de l'attirance sexuelle chez les jeunes Canadiens.
- Cette étude répertorie les populations (non binaires, transgenres et jeunes ayant une attirance envers des personnes du même genre) devant faire l'objet d'un suréchantillonnage ou d'autres approches afin de garantir que des estimations fiables puissent être obtenues dans le cadre de la surveillance de la santé publique.

genre fluide^{14,15}. Les personnes non binaires peuvent ou non s'identifier comme transgenres¹⁴.

L'orientation sexuelle comprend trois dimensions : l'attirance sexuelle (sexes ou genres des personnes envers lesquelles une personne ressent de l'attirance), l'identité sexuelle (désignation qu'une personne

Rattachement des auteurs :

- 1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
- 2. Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
- 3. Centre d'épidémiologie clinique de l'Institut Lady Davis de recherches médicales, Montréal (Québec), Canada

Correspondance: Karen C. Roberts, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, salle 729-A4, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél.: 613-697-8386; courriel: karen.c.roberts@phac-aspc.gc.ca

s'attribue, par exemple personne hétérosexuelle, bisexuelle, lesbienne ou gaie) et le comportement sexuel (sexes ou genres des personnes avec qui une personne vit des expériences sexuelles)16,17. Les « minorités sexuelles » correspondent généralement aux personnes qui ont une attirance, une identité ou un comportement qualifiés de « non hétérosexuels » (personnes qui ne sont pas attirées exclusivement par des personnes du sexe/genre opposé, qui s'identifient comme non hétérosexuelles ou encore qui ont vécu des expériences sexuelles avec des personnes du même sexe/genre)17. L'orientation sexuelle diffère de l'orientation amoureuse (« romantic orientation »), qui désigne les sexes ou les genres des personnes avec lesquelles une personne désire avoir une relation amoureuse¹⁸. Enfin, le terme « personne bispirituelle » est utilisé par les peuples autochtones en Amérique du Nord pour désigner un large éventail d'identités sexuelles et de genre, et des termes variés sont également utilisés dans plusieurs langues autochtones¹⁹.

Les études révèlent que les personnes non binaires, transgenres, bispirituelles et les personnes issues de groupes sexuels minoritaires au Canada font face à un vaste éventail d'iniquités sanitaires et sociales comparativement aux personnes cisgenres et hétérosexuelles^{1-5,19,20}, notamment de moins bons résultats sur le plan de la santé mentale chez les jeunes^{6,7}.

La répartition des orientations sexuelles est variable en fonction de la dimension qui est analysée. Il n'est pas toujours possible de recueillir des données pour chaque dimension en raison de contraintes pratiques, et il n'est pas nécessairement souhaitable ou approprié de mesurer toutes ces dimensions pour toutes les populations. Par exemple, l'identité sexuelle d'une personne se développe au fil du temps et peut évoluer, en particulier à l'adolescence et au début de l'âge adulte^{17,21}. Le comportement sexuel est aussi appelé à changer - de nombreux jeunes n'ont pas encore eu d'expériences sexuelles¹⁷, et les comportements sont influencés par les possibilités ainsi que par l'identité et l'attirance²². Bien que l'attirance sexuelle puisse également changer au fil du temps, des études révèlent que les questions liées à l'attirance sexuelle sont plus faciles à comprendre pour les jeunes et que ceux-ci considèrent l'attirance sexuelle comme l'élément principal de l'orientation sexuelle^{23,24}.

Peu d'études ont porté sur la répartition du genre et de l'attirance sexuelle (ou d'autres dimensions de l'orientation sexuelle) chez les jeunes Canadiens^{1,25,26}. Il s'agit là d'une lacune importante, compte tenu des iniquités sanitaires et sociales connues associées à l'attirance sexuelle chez les jeunes qui s'identifient comme non binaires, transgenres, bispirituels et des personnes issues de groupes sexuels minoritaires. Cette étude fait état de la répartition des identités de genre et de l'attirance sexuelle dans un échantillon représentatif à l'échelle nationale des jeunes Canadiens

Méthodologie

Source des données

Cette étude se fonde sur les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019 (ECSEJ), une enquête transversale réalisée par Statistique Canada²⁷. La collecte de données a eu lieu du 11 février au 2 août 2019. L'ECSEJ portait sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale des enfants et des jeunes de 1 à 17 ans, à l'exclusion de ceux vivant dans une réserve des Premières Nations ou dans tout autre peuplement autochtone et de ceux placés dans des fovers d'accueil ou vivant en institution. Le cadre d'échantillonnage était constitué de bénéficiaires de l'Allocation canadienne pour enfants, ce qui représente 98 % de la population de 1 à 17 ans dans toutes les provinces et 96 % de cette population dans tous les territoires. L'ECSEJ est une enquête menée par Statistique Canada en vertu de la Loi sur la statistique, et tous les participants ont donné leur consentement éclairé et leur assentiment. L'ECSEJ et la méthodologie utilisée pour réaliser l'enquête sont décrits plus en détail ailleurs²⁷.

Cette étude porte sur les jeunes de 12 à 17 ans. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire rempli en ligne ou dans le cadre d'un entretien téléphonique. Tous les jeunes ont été interrogés au sujet de leur identité de genre, tandis que seuls les jeunes de 15 à 17 ans ont été interrogés au sujet de leur attirance sexuelle. Les autres dimensions de l'orientation sexuelle (c'est-à-dire l'identité sexuelle et le comportement sexuel) n'ont pas été incluses dans l'ECSEJ.

L'échantillon compte 11 077 répondants de 12 à 17 ans ayant participé à l'ECSEJ de 2019 (5 301 jeunes de 15 à 17 ans; taux de réponse de 41,3 %). Les coefficients de pondération de l'enquête ont été fournis par Statistique Canada pour tenir compte du plan d'enquête et des non-réponses ainsi que pour générer des estimations représentatives à l'échelle nationale. Les analyses ont été limitées aux répondants ayant fourni des données, soit 11 064 répondants (99,9 %) dans le cas de l'identité de genre et 5 254 répondants (99,1 %) dans le cas de l'attirance sexuelle.

Mesures

Sexe

On a demandé aux jeunes « Quel était votre sexe à la naissance? Par sexe, on entend le sexe assigné à la naissance. ». Les choix de réponse étaient « masculin » et « féminin ».

Identité de genre

On a demandé aux jeunes « Quel est votre genre? Par genre, on entend le genre actuel, qui peut différer du sexe assigné à la naissance ou de celui inscrit dans les documents légaux. » Les choix de réponse étaient « masculin », « féminin » ou « veuillez préciser votre genre ». Les jeunes qui avaient indiqué un genre autre que masculin ou féminin ont été classés dans la catégorie « non binaire ».

Personnes cisgenres et personnes non cisgenres

Les jeunes ayant indiqué un genre correspondant à leur sexe à la naissance ont été classés dans la catégorie « personne cisgenre ». Les jeunes s'identifiant à un genre autre que masculin ou féminin ont été classés dans la catégorie « personne non binaire ». Les jeunes s'identifiant au genre opposé au sexe qui leur a été assigné à la naissance ont été classés dans la catégorie « personne transgenre ». Bien que les personnes non binaires puissent ou non s'identifier comme transgenres, les normes de données de Statistique Canada considèrent que les « personnes non binaires » et les « personnes transgenres » appartiennent à des catégories différentes, la définition des personnes transgenres reposant sur le modèle binaire homme/femme¹⁴. Dans la mesure où notre étude ne pouvait pas faire état de toutes les catégories en raison des échantillons de petite taille et de la forte variabilité de l'échantillonnage, les personnes non binaires et les personnes transgenres ont été regroupées dans la catégorie « personnes non cisgenres ».

Attirance sexuelle

On a demandé aux jeunes de 15 à 17 ans de choisir l'énoncé décrivant le mieux leurs sentiments : « attiré(e) seulement par les hommes », « attiré(e) surtout par les hommes », « attiré(e) autant par les femmes que par les hommes », « attiré(e) surtout par les femmes », « attiré(e) seulement par les femmes » ou « pas certain(e) ». Les jeunes cisgenres et transgenres ont été classés dans les catégories « attiré(e) seulement par des personnes du genre opposé », « attiré(e) par des personnes des deux genres », « attiré(e) seulement par des personnes du même genre » ou « pas certain(e) » selon leur attirance déclarée et leur identité de genre autodéclarée. Les jeunes non binaires ont été classés dans les catégories « attiré(e) par des personnes des deux genres », « attiré(e) seulement par un genre » ou « pas certain(e) ».

La catégorie « attiré(e) par des personnes des deux genres » a été subdivisée en plusieurs sous-catégories : « attiré(e) surtout par des personnes du genre opposé », « attiré(e) autant par les deux genres » et « attiré(e) surtout par des personnes du même genre » lorsque la taille de l'échantillon était suffisante.

En raison de la taille insuffisante de l'échantillon, il n'a pas toujours été possible de réaliser des analyses en fonction de l'attirance sexuelle, particulièrement pour l'inclusion des jeunes non binaires. Par conséquent, pour cette analyse, tous les jeunes ont été classés dans la catégorie « attirance exclusive envers des personnes du genre opposé » ou dans la catégorie « attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé » s'ils étaient attirés par des personnes des deux genres, par des personnes du même genre ou s'ils n'étaient pas certains, ou encore s'ils s'étaient identifiés comme non binaires. Des classifications semblables ont été utilisées dans d'autres études^{28,29}. Les répondants ayant choisi l'option « pas certain(e) » ont été exclus de l'analyse de sensibilité.

Analyses statistiques

Des statistiques descriptives ont servi à calculer les pourcentages et les intervalles de confiance à 95 % (IC à 95 %) pour les mesures de l'identité de genre, dans l'ensemble et après stratification selon le groupe d'âge (12 à 14 ans et 15 à 17 ans). Des statistiques descriptives ont également été utilisées pour calculer les pourcentages

et les IC à 95 % pour les mesures de l'attirance sexuelle, dans l'ensemble et après stratification selon le genre (masculin et féminin). Toutes les statistiques ont été calculées au moyen de coefficients de pondération fournis par Statistique Canada afin de produire des estimations représentatives à l'échelle nationale. Nous avons calculé les IC à 95 % à l'aide de poids bootstrap. Deux tests d'hypothèses ont été employés pour évaluer les différences liées au genre selon l'âge et les différences liées à l'attirance sexuelle selon le genre sous un seuil de signification de 0,05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide 7.1 (SAS Institute, Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Identité de genre

Environ 0,5 % des jeunes Canadiens de 12 à 17 ans ont été classés dans la catégorie des personnes non cisgenres, tandis que 0,2 % s'identifiaient comme personnes non binaires et 0,2 % comme personnes transgenres (tableau 1). Le pourcentage de jeunes classés dans la catégorie des personnes non cisgenres ne différait pas selon le groupe d'âge.

Attirance sexuelle

Parmi les jeunes de 15 à 17 ans, 79,0 % ont déclaré avoir une attirance exclusive envers des personnes du genre opposé et 21,0 % ont déclaré avoir une attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé (jeunes avant une attirance envers des personnes des deux genres, jeunes incertains de leur attirance sexuelle, jeunes non binaires). Lorsque nous avons exclu de l'analyse de sensibilité les jeunes qui n'étaient pas certains de leur attirance sexuelle (n = 190, 3,6 %), la proportion de jeunes déclarant avoir une attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé s'établissait à 17,8 % (23,7 % des filles, 11,9 % des garçons).

Parmi les jeunes cisgenres et transgenres de 15 à 17 ans qui se sont identifiés comme étant de genre masculin ou féminin, 79,3 % étaient attirés seulement par des personnes du genre opposé, 15,9 % étaient attirés par des personnes des deux genres, 1,0 % étaient attirés seulement par des personnes du même genre et 3,8 % n'étaient pas certains de leur attirance sexuelle (tableau 2). La majorité des jeunes ayant une attirance envers des

personnes des deux genres étaient attirés surtout par des personnes du genre opposé. Les personnes de genre féminin étaient moins susceptibles d'avoir une attirance seulement envers des personnes du genre opposé comparativement aux personnes de genre masculin. Tous les jeunes transgenres ont déclaré être attirés par des personnes des deux genres ou être attirés seulement par des personnes du même genre (le pourcentage n'a pas pu être publié en raison de la petite taille de l'échantillon). Chez les jeunes non binaires de 15 à 17 ans, 69,9 % ont déclaré avoir une attirance envers des personnes des deux genres. Les autres avaient une attirance envers des personnes de genre féminin, envers des personnes de genre masculin ou n'étaient pas certains de leur attirance sexuelle (les pourcentages n'ont pas pu être publiés en raison de la petite taille de l'échantillon).

Analyse

Cette étude présente les premières estimations représentatives à l'échelle nationale de la répartition des identités de genre et de l'attirance sexuelle chez les jeunes Canadiens de 12 à 17 ans.

Identité de genre

Parmi la population de jeunes étudiée, 0,2 % se sont identifiés comme non binaires et 0,2 % comme ayant une identité de genre différente du sexe qui leur a été assigné à la naissance (c'est-à-dire comme personnes transgenres). Ces estimations concordent de manière générale avec les données du Recensement de 2021, dans lequel 0,79 % des Canadiens de 15 à 24 ans se sont identifiés comme personnes non binaires ou transgenres²⁵, ainsi qu'avec les résultats de l'enquête sur la santé des adolescents de la Colombie-Britannique réalisée en 2013, où moins de 1 % des répondants s'étaient identifiés comme transgenres²⁶. De même, 1,2 % des répondants se sont identifiés comme personnes transgenres dans une enquête populationnelle réalisée en Nouvelle-Zélande auprès d'élèves du secondaire³⁰, tandis que cette proportion était de 1,1 % dans une enquête représentative à l'échelle nationale réalisée aux États-Unis auprès de jeunes de 14 à 17 ans³¹. Bien qu'elles représentent une petite proportion de la population, les personnes non binaires et transgenres se heurtent à un large éventail d'iniquités1-7. Il faudrait envisager de procéder à un suréchantillonnage de ces groupes

TABLEAU 1 Identités de genre des jeunes Canadiens de 12 à 17 ans, dans l'ensemble et selon l'âge, Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019

	Ensemble (N = 11 063) % (IC à 95 %)	Jeunes de 12 à 14 ans (n = 5 770) % (IC à 95 %)	Jeunes de 15 à 17 ans (n = 5 293) % (IC à 95 %)			
Genre						
Féminin	48,5 (43,4 à 53,6)	48,1 (46,8 à 49,4)	49,0 (47,6 à 50,3)			
Masculin	51,2 (46,9 à 55,6)	51,7 (50,4 à 53,0)	50,8 (49,4 à 52,2)			
Non binaire	0,2 ^E (0,0 à 3,6)	F	0,2 ^E (0,1 à 0,4)			
Total ^b	100	100	100			
Personnes cisgenres/non cisgenres						
Personnes cisgenres	99,5 (99,3 à 99,7)	99,5 (99,3 à 99,8)	99,5 (99,3 à 99,7)			
Personnes non cisgenres ^a	0,5 ^E (0,0 à 5,7)	0,5 ^E (0,2 à 0,8)	0,5 ^E (0,3 à 0,7)			
Personnes non binaires	0,2 ^E (0,0 à 3,6)	F	0,2 ^E (0,1 à 0,4)			
Personnes transgenres	0,2 ^E (0,1 à 3,7)	F	0,3 ^E (0,1 à 0,5)			
Total ^b	0,5 ^E	0,5 ^E	0,5 ^E			
Total ^b	100	100	100			

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

TABLEAU 2 Attirance sexuelle chez les jeunes de 15 à 17 ans, dans l'ensemble et selon le genre, Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019

	Ensemble ^a (N = 5 254)	Genre masculin (n = 2 571)	Genre féminin (n = 2 683)	Comparaison entre les genres	
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	(seuil de signification)	
Attirance sexuelle					
Attiré(e) seulement par des personnes du genre opposé	79,3 (77,8 à 80,7)	85,7 (83,8 à 87,5)	72,7 (70,4 à 75,0)		
Attiré(e) par des personnes des deux genres ^b	15,9 (14,6 à 17,3)	10,5 (8,9 à 12,2)	21,5 (19,4 à 23,7)	*	
Attiré(e) surtout par des personnes du genre opposé	10,2 (9,0 à 11,3)	7,3 (5,9 à 8,8)	13,1 (11,3 à 14,9)	*	
Attiré(e) également par les deux genres	4,7 (3,9 à 5,5)	2,5 (1,7 à 3,3)	7,0 (5,6 à 8,3)	*	
Attiré(e) surtout par des personnes du même genre	1,1 ^E (0,7 à 1,4)	F	1,4 ^E (0,8 à 2,1)		
Total ^c	15,9	10,5	21,5		
Attiré(e) seulement par des personnes du même genre	1,0 ^E (0,7 à 1,4)	1,1 ^E (0,6 à 1,6)	1,0 ^E (0,5 à 1,4)		
Pas certain(e)	3,8 (3,1 à 4,5)	2,7 (2,0 à 3,5)	4,8 (3,6 à 6,0)	*	
Total ^c	100	100	100		

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^a Des répartitions supplémentaires sont fournies pour les jeunes non cisgenres dans les trois prochaines lignes du tableau.

^b En raison de l'arrondissement des chiffres ou de la non-déclaration de certaines données, le total peut ne pas être égal à la somme des catégories.

^E Les estimations doivent être interprétées avec prudence en raison du coefficient de variation élevé.

^F Estimation non publiable en raison du coefficient de variation élevé.

^a Les estimations globales comprennent les jeunes qui s'identifient comme étant de genre masculin ou féminin, à l'exclusion des jeunes non binaires.

b Des répartitions supplémentaires sont fournies pour les jeunes attirés par des personnes des deux genres dans les quatre lignes suivantes du tableau.

En raison de l'arrondissement des chiffres ou de la non-déclaration de certaines données, le total peut ne pas être égal à la somme des catégories.

^E Les estimations doivent être interprétées avec prudence en raison du coefficient de variation élevé.

^F Estimation non publiable en raison du coefficient de variation élevé.

 $^{^{*}}$ Différence significative entre les jeunes de genre masculin et féminin, p < 0,001.

lors de la conception d'études de surveillance et de recherche afin d'obtenir des estimations fiables et de tirer des conclusions quant à leur santé et aux iniquités auxquelles ils font face³².

Attirance sexuelle

Un pourcentage considérable de jeunes (21,0 %) a déclaré avoir une attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé. Ce chiffre est similaire au pourcentage de jeunes ayant déclaré une identité sexuelle autre qu'hétérosexuelle dans l'enquête sur la santé des adolescents de la Colombie-Britannique de 2013 (19 %)²⁶, et considérablement plus élevée que dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 pour les jeunes de 15 à 24 ans (5,6 %)¹. Les écarts dans les estimations peuvent s'expliquer par des différences relatives aux dimensions de l'orientation sexuelle et à la population évaluée, aux choix de réponse offerts ou encore aux tendances au fil du temps. En effet, on a observé au fil des années une augmentation de la proportion de personnes qui s'identifient comme personnes gaies, lesbiennes ou bisexuelles, en particulier chez les jeunes générations³³. Ailleurs qu'au Canada, on a constaté par exemple que 25,6 % des jeunes de 14 à 17 ans aux États-Unis ont déclaré avoir une attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé dans une enquête représentative à l'échelle nationale³¹, comparativement à seulement 11,1 % des jeunes de 14 à 15 ans en Australie³⁴.

À l'instar des études portant sur l'identité sexuelle chez les jeunes et les adultes du Canada^{1,26}, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir une attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé. Cette différence est en grande partie attribuable au fait que les femmes sont plus nombreuses à déclarer avoir une attirance envers des personnes des deux genres ou à être incertaines de leur attirance.

La variabilité de l'échantillonnage était élevée pour le pourcentage de jeunes « attirés surtout » et « attirés seulement » par des personnes du même genre. Le pourcentage de garçons « attirés surtout » par des personnes du même genre n'a pas pu être publié, tout comme la répartition de l'attirance sexuelle chez les jeunes non binaires ou transgenres. De manière générale, on recommande de publier les estimations pour toutes les catégories

d'attirance sexuelle lorsque cela est possible, car l'état de santé peut différer d'un groupe à l'autre⁸, et cet élément devrait être pris en compte dans le plan d'échantillonnage des études de surveillance.

Pour évaluer les différences relatives à l'état de santé selon l'attirance sexuelle à l'aide des données actuelles, il peut s'avérer nécessaire de regrouper certaines catégories (par exemple l'attirance exclusive envers des personnes du genre opposé comparativement à attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé) afin de pouvoir fournir des estimations fiables. La plupart des jeunes qui n'étaient pas attirés exclusivement par des personnes du genre opposé étaient « attirés surtout » par des personnes du genre opposé. Des études laissent entendre que certaines de ces personnes pourraient avoir une identité hétérosexuelle ou adopter des comportements hétérosexuels³⁵. Même si les jeunes qui n'étaient pas certains de leur attirance sexuelle ont été classés dans la catégorie des jeunes n'étant pas attirés exclusivement par des personnes du genre opposé, certains d'entre eux pourraient avoir une orientation hétérosexuelle ultérieurement³⁶. Dans le cas des personnes attirées par des personnes du genre opposé, l'attirance se révèle relativement stable tout au long de l'adolescence et du début de l'âge adulte comparativement aux personnes attirées par des personnes du même genre ou des deux genres et aux personnes incertaines de leur attirance, même si les études semblent faire état de différences quant à la stabilité de l'orientation sexuelle^{21,36,37}. Il peut par conséquent être pertinent de comparer les personnes qui sont attirées seulement par des personnes du genre opposé à celles qui déclarent toute autre forme d'attirance, en particulier dans les analyses transversales.

Points forts et limites

Il s'agit de la première étude décrivant la répartition de l'identité de genre et de l'attirance sexuelle chez les jeunes Canadiens de 12 à 17 ans et apportant une contribution importante à l'évolution de la compréhension de la portée de la diversité sexuelle et de genre au sein de cette population. Ces résultats font ressortir la nécessité d'accroître la recherche sur l'efficacité des politiques et des interventions pour réduire au minimum les iniquités en santé fondées sur le genre et l'attirance ou l'orientation sexuelle. Les études dont on

dispose font état d'interventions visant à réduire la consommation de substances, les facteurs de stress d'ordre social et les préoccupations liées à la santé mentale³⁸⁻⁴⁰, dont une étude d'intervention ciblant les jeunes qui ont une attirance envers des personnes du même genre et qui ont des idées suicidaires⁴¹. Jusqu'à présent cependant, les recherches ont été limitées, particulièrement chez les jeunes.

Cette étude comporte plusieurs limites. Malgré la taille importante de l'échantillon, une grande variabilité a été observée dans les pourcentages obtenus chez certains groupes. Il n'a pas été possible de déterminer la répartition de l'attirance envers certaines identités de genre particulières, notamment chez les jeunes bispirituels.

Le questionnaire ne précisait pas si l'attirance sexuelle envers les hommes et envers les femmes était fondée sur le genre ou sur le sexe. Aux fins de notre étude, nous avons supposé que l'attirance était fondée sur le genre plutôt que sur le sexe, ce qui n'est peut-être pas le cas pour tous les répondants.

Les identités non cisgenres et les orientations non hétérosexuelles sont souvent porteuses de stigmates, qui varient en fonction du contexte sociétal et culturel^{24,42}. Ces stigmates peuvent entraîner un biais de désirabilité sociale lors de la déclaration, de sorte que les pourcentages de personnes déclarant une identité non cisgenre et une attirance sexuelle non exclusive envers le genre opposé pourraient être sous-estimés. Ces biais sont susceptibles de s'atténuer au fil du temps, grâce à la reconnaissance, à la visibilité et à l'acceptation de la diversité de genre et sexuelle⁴².

Enfin, cette étude se limitait à l'analyse de l'attirance sexuelle en tant que dimension de l'orientation sexuelle. Bien qu'il puisse sembler plus approprié de mesurer la dimension de l'attirance sexuelle chez les jeunes plutôt que les dimensions de l'identité sexuelle ou du comportement sexuel, l'attirance sexuelle ne concorde pas toujours avec les autres dimensions et peut entraîner des répercussions différentes sur la santé^{23,24}. Idéalement, la surveillance devrait englober les trois dimensions afin de surveiller les inégalités, de faciliter les recherches et de cibler les groupes ayant des besoins en santé publique.

Conclusion

Compte tenu des données autodéclarées, 0,2 % des jeunes Canadiens de 12 à 17 ans s'identifient comme non binaires et 0,2 % comme transgenres. Parmi les jeunes Canadiens de 15 à 17 ans s'identifiant de genre masculin, féminin ou non binaire, 79,0 % déclaraient avoir une attirance exclusive envers des personnes du genre opposé et 21,0 % avoir une attirance non exclusive envers des personnes du genre opposé. Des recherches antérieures ont révélé que ce dernier groupe se heurte à d'importantes iniquités sanitaires et sociales, tout comme d'autres minorités dont il est question dans notre étude. Les activités de surveillance et de recherche constituent une étape nécessaire en vue de réduire les iniquités. Les équipes de recherche devraient envisager de procéder à un suréchantillonnage ou d'adopter d'autres approches pour s'assurer d'obtenir des estimations fiables en ce qui concerne les jeunes non binaires et transgenres qui ont une attirance envers des personnes du même genre.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

Conception; rédaction, relecture et révision : CW, GB, SLW, CS, BJ, MTB et KCR. Méthodologie : CW et GB. Analyse officielle et rédaction de la première version du manuscrit : CW.

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. Gilmour H. Orientation sexuelle et santé mentale complète. Rapports sur la santé 2019;30(11):3-11. https://doi.org/10.25318/82-003-x201901100001-fra
- Steele LS, Ross LE, Dobinson C, Veldhuizen S, Tinmouth JM. Women's sexual orientation and health: results from a Canadian population-based survey. Women Health. 2009;49(5): 353-367. https://doi.org/10.1080/03630240903238685

- 3. Brennan DJ, Ross LE, Dobinson C, Veldhuizen S, Steele LS. Men's sexual orientation and health in Canada. Can J Public Health. 2010;101(3): 255-258. https://doi.org/10.1007/BF03404385
- Jaffray B. Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d'une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018. Juristat. 2020; 2020001:1-29.
- 5. Statistique Canada. Un portrait statistique des différentes communautés LGBTQ2+ du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada (Le Quotidien); 2021, 15 juin [consultation le 21 janvier 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210615/dq210615a-fra.htm
- Blais M, Bergeron F-A, Duford J, Boislard M-A, Hébert M. Health outcomes of sexual-minority youth in Canada: an overview. Adolesc Saude. 2015;12(3):53-73.
- 7. Veale JF, Watson RJ, Peter T, Saewyc EM. The mental health of Canadian transgender youth compared with the Canadian population. J Adolesc Health. 2017;60(1):44-49. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014
- 3. Lucassen MF, Merry SN, Robinson EM, et al. Sexual attraction, depression, self-harm, suicidality and help-seeking behaviour in New Zealand secondary school students. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(5):376-383. https://doi.org/10.3109/00048674.2011.559635
- 9. Luk JW, Miller JM, Gilman SE, Lipsky LM, Haynie DL, Simons-Morton BG. Sexual minority status and adolescent eating behaviors, physical activity, and weight status. Am J Prev Med. 2018;55(6):839-847. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.020
- 10. Gilbey D, Mahfouda S, Ohan J, Lin A, Perry Y. Trajectories of mental health difficulties in young people who are attracted to the same gender: a systematic review. Adolesc Res Rev. 2020; 5(3):281-293. https://doi.org/10.1007/s40894-019-00128-8

- 11. Statistique Canada. Variables par sujet [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [modification le 5 janvier 2022; consultation le 4 mai 2022]. En ligne à : https://www.statcan.gc.ca/fr/concepts/definitions/index
- 12. Statistique Canada. Participez à la consultation sur les normes de métadonnées statistiques sur la diversité de genre et la diversité sexuelle [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [modification le 12 juillet 2022; consultation le 4 mai 2022]. En ligne à : https://www.statcan.gc.ca/fr/concepts/consult-variables/genre
- 13. Statistique Canada. Genre de la personne [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 21 janvier 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.f.pl?Function=DEC&Id=410445
- 14. Statistique Canada. Classification de cisgenre, transgenre et non binaire [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 21 janvier 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl
 https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl
 https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl
- 15. Bates N, Chin M, Becker T (dir.). Measuring sex, gender identity, and sexual orientation. Washington (DC): National Academies Press; 2022.
- 16. Saewyc EM, Bauer GR, Skay CL, et al. Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: evaluation of eight school-based surveys. J Adolesc Health. 2004;35(4):345.e1-345.e15. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.06.002
- 17. Igartua K, Thombs BD, Burgos G, Montoro R. Concordance and discrepancy in sexual identity, attraction, and behavior among adolescents. J Adolesc Health. 2009;45(6):602-608. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.019
- 18. Li G, Sham WW, Wong WI. Are romantic orientation and sexual orientation different? Comparisons using explicit and implicit measurements. Curr Psychol. 2022. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03380-9

- 19. Hunt S. Une introduction à la santé des personnes bispirituelles : questions historiques, contemporaines et émergentes. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2016.
- 20. Gouvernement du Canada. Données des inégalités en santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Infobase de la santé publique; 2022 [consultation le 4 mai 2022]. En ligne à : https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/
- 21. Savin-Williams RC. Identity development among sexual-minority youth. Dans: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL (dir.). Handbook of identity theory and research [e-book]. New York (NY): Springer; 2011. p. 671-689. En ligne à: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9-28
- 22. Savin-Williams RC, Ream GL. Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. Arch Sex Behav. 2007;36(3):385-394. https://doi.org/10.1007/s10508-006-9088-5
- 23. Austin SB, Conron K, Patel A, Freedner N. Making sense of sexual orientation measures: findings from a cognitive processing study with adolescents on health survey questions. J LGBT Health Res. 2007;3(1):55-65. https://doi.org/10.1300/j463v03n01_07
- 24. Saewyc EM. Research on adolescence sexual orientation: development, health disparities, stigma and resilience. J Res Adolesc. 2011;21(1):256-272. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00727.x
- 25. Statistique Canada. Le Canada est le premier pays à produire des données sur les personnes transgenres et les personnes non binaires à l'aide du recensement [Internet]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada (Le Quotidien); 2022, 27 avril [consultation le 19 mai 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-fra.htm
- 26. Smith A, Stewart D, Poon C, Peled M, Saewyc E. From Hastings Street to Haida Gwaii: provincial results of the

- 2013 BC Adolescent Health Survey. Vancouver (BC): McCreary Centre Society; 2014. En ligne à : https://www.saravyc.ubc.ca/2014/04/30/from-hastings-street-to-haida-gwaii-provincial-results-of-the-2013-bc-adolescent-health-survey/
- 27. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 13 décembre 2022]. En ligne à : https://www.23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl ?Function = getSurvey&SDDS = 5233
- 28. Mereish EH, Poteat VP. Let's get physical: sexual orientation disparities in physical activity, sports involvement, and obesity among a population-based sample of adolescents. Am J Public Health. 2015;105(9):1842-1848. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302682
- 29. Perales F, Campbell A, O'Flaherty M. Sexual orientation and adolescent time use: how sexual minority youth spend their time. Child Dev. 2020;91(3):983-1000. https://doi.org/10.1111/cdev.13245
- 30. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). J Adolesc Health. 2014;55(1):93-99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008
- 31. Johnson SE, O'Brien EK, Coleman B, Tessman GK, Hoffman L, Delahanty J. Sexual and gender minority U.S. youth tobacco use: Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) study wave 3, 2015–2016. Am J Prev Med. 2019;57(2):256-261. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.03.021
- 32. Patterson JG, Jabson JM, Bowen DJ. Measuring sexual and gender minority populations in health surveillance. LGBT Health. 2017;4(2):82-105. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0026
- 33. Jones JM. LGBT Identification in U.S. ticks up to 7.1%. Gallup [Internet]. 2022, 17 février [consultation le 10 mai

- 2022]. En ligne à : https://news.gallup.com/poll/389792/lgbt-identification-ticks-up.aspx
- 34. Perales F, Campbell A. Early roots of sexual-orientation health disparities: associations between sexual attraction, health and well-being in a national sample of Australian adolescents. J Epidemiol Community Health. 2019; 73(10):954-962. https://doi.org/10.1136/jech-2018-211588
- 35. Dharma C, Bauer GR. Understanding sexual orientation and health in Canada: who are we capturing and who are we missing using the Statistics Canada sexual orientation question? Can J Public Health. 2017;108(1):e21-e26. https://doi.org/10.17269/cjph.108.5848
- Ott MQ, Corliss HL, Wypij D, Rosario M, Austin SB. Stability and change in self-reported sexual orientation identity in young people: application of mobility metrics. Arch Sex Behav. 2011; 40(3):519-532. https://doi.org/10.1007/s10508-010-9691-3
- 37. Xu Y, Norton S, Rahman Q. Childhood gender nonconformity and the stability of self-reported sexual orientation from adolescence to young adulthood in a birth cohort. Dev Psychol. 2021; 57(4):557-569. https://doi.org/10.1037/dev0001164
- 38. Hobaica S, Alman A, Jackowich S, Kwon P. Empirically based psychological interventions with sexual minority youth: a systematic review. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2018;5(3): 313-323. https://doi.org/10.1037/sgd0000275
- 39. Gilbey D, Morgan H, Lin A, Perry Y. Effectiveness, acceptability, and feasibility of digital health interventions for LGBTIQ + young people: systematic review. J Med Internet Res. 2020; 22(12):e20158. https://doi.org/10.2196/20158
- 40. Chaudoir SR, Wang K, Pachankis JE. What reduces sexual minority stress? A review of the intervention "toolkit." J Soc Issues. 2017;73(3):586-617. https://doi.org/10.1111/josi.12233

- 41. Diamond GM, Diamond GS, Levy S, Closs C, Ladipo T, Siqueland L. Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: a treatment development study and open trial with preliminary findings. Psychotherapy. 2012;49(1):62-71. https://doi.org/10.1037/a0026247. Erratum in: Psychotherapy. 2013;50(4): 596. https://doi.org/10.1037/a0034920
- 42. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. Am J Public Health. 2017;107(2):e1-e8. https://doiorg/10.2105/AJPH.2016.303578

Aperçu

« J'ai fini par en avoir assez de leurs conseils santé » : la promotion de la santé en période de crise de santé publique

Julia Dabravolskaj, Ph. D. (1); Noreen Willows, Ph. D. (2,3); Laena Maunula, Ph. D. (1); Boshra A. Mandour (1); Shannon Sim, M. Sc. (1); Paul J. Veugelers, Ph. D. (1,3); Katerina Maximova, Ph. D. (4,5)

▼ Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Cette étude qualitative met en lumière les points de vue de parents concernant les changements liés à la pandémie dans les programmes de promotion de la santé. Nous avons réalisé des entrevues téléphoniques semi-structurées de 60 minutes avec 15 parents (des mères) d'enfants de la 4° à la 6° année entre décembre 2020 et février 2021 dans deux provinces de l'ouest du Canada. Les transcriptions ont été analysées au moyen d'une analyse thématique. Bien que certaines mères aient jugé que les documents de promotion de la santé avaient été utiles, la plupart étaient débordées et n'ont pas consulté les documents parce qu'elles les trouvaient intrusifs, avaient d'autres préoccupations ou devaient faire face à leurs propres sources de stress. Cette étude établit les principaux facteurs à aborder et à approfondir pour assurer l'efficacité des programmes de promotion de la santé lors des crises à venir.

Mots-clés : promotion de la santé, enfants, crise de santé publique, fermeture des écoles, COVID-19, recherche qualitative, Canada

Introduction

L'adoption et le maintien de saines habitudes de vie pendant l'enfance sont essentiels pour la croissance, pour le développement et pour la prévention des maladies chroniques1. Avant la pandémie de COVID-19, les écoles étaient le principal milieu de réalisation des programmes de promotion de la santé destinés aux enfants. Durant la pandémie, les pays ont imposé des confinements de longue durée² et fermé les écoles, entraînant l'arrêt des programmes de promotion de la santé en milieu scolaire. La responsabilité de la promotion de la santé est passée aux parents. Au Canada, les écoles ont diffusé des documents de promotion de la santé (courriels hebdomadaires sur le mieuxêtre proposant des recettes santé, suggestions d'activités et d'exercices en famille,

pratiques de la pleine conscience, etc.) aux parents, qui ont été chargés de transmettre l'information aux enfants et de mettre en place des activités de promotion de la santé à la maison (comme la préparation de recettes santé).

Il est important de comprendre comment les parents ont accueilli les documents de promotion de la santé envoyés par les écoles et de cerner les stratégies favorisant la participation des parents à la promotion de la santé en période de crise sanitaire. Cette étude qualitative a aussi exploré les points de vue des parents sur 1) les changements liés à la pandémie dans les programmes de promotion de la santé et 2) les manières dont ils pourraient être mieux appuyés pour promouvoir la santé à la maison.

Points saillants

- Les écoles ont modifié leurs programmes de promotion de la santé à la suite des fermetures liées à la pandémie de COVID-19 et ont compté sur les parents pour faciliter la promotion de la santé à la maison.
- Les entrevues qualitatives réalisées avec des parents d'enfants de la 4° à la 6° année ont révélé que les parents étaient débordés et qu'ils ont été peu nombreux à consulter les documents de promotion de la santé
- Nous avons cerné des stratégies aptes à favoriser la participation des parents à la promotion de la santé à la maison dans l'éventualité d'une nouvelle crise de santé publique.

Méthodologie

Approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de l'Alberta (Pro-00061528) et les conseils scolaires participant ont approuvé toutes les activités de l'étude.

Plan d'étude et démarche

Ce travail fait partie d'une étude multiméthodes (s'appuyant sur des méthodes

Rattachement des auteurs :

- 1. École de santé publique, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
- 2. Département des sciences de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition, Faculté des sciences de l'agriculture, de la vie et de l'environnement, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
- 3. Institut de recherche sur la santé des femmes et des enfants, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
- 4. Centre MAP pour les solutions de santé urbaine, Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's, Toronto (Ontario), Canada
- 5. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance: Katerina Maximova, Centre MAP pour les solutions de santé urbaine, Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's, 209, rue Victoria, Toronto (Ontario) M5B 1T8; tél.: 416-360-4000; courriel: katerina.maximova@utoronto.ca

complémentaires pour atteindre un objectif de recherche commun³) s'intéressant à la perception qu'ont les parents et les enfants des répercussions de la COVID-19 sur les enfants d'âge primaire dans 20 écoles APPLE (un projet de promotion de saines habitudes de vie pour tous) de l'ouest du Canada. Durant les périodes de fermeture des écoles, qui ont duré de mars 2020 à la fin de l'année scolaire 2020-2021, l'apprentissage à distance a remplacé l'apprentissage en personne. En raison de la fluctuation des restrictions provinciales, notamment la réouverture des écoles en septembre 2020 suivie de fermetures successives tout au long de l'année scolaire 2020-2021, les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire ont été réalisés en ligne. Une importance particulière a été accordée à la santé mentale et au bien-être psychologique des enfants.

Nous avons réalisé des entrevues avec 15 parents d'enfants de la 4^e à la 6^e année fréquentant une des six écoles APPLE dans de petites et moyennes collectivités (population de moins de 15000 habitants) des provinces de l'Alberta et du Manitoba, entre décembre 2020 et février 20214. Nous avons utilisé des techniques d'échantillonnage dirigé, en boule de neige et de commodité pour recruter des participants pour des entrevues téléphoniques semi-structurées de 60 minutes qui ont été enregistrées, transcrites textuellement et analysées au moyen d'une analyse thématique. Tous les participants étaient des mères. Une carte-cadeau de 30 \$CA leur a été offerte en guise de remerciement.

Résultats

L'âge moyen des participantes était de 46 ans et elles avaient entre un et quatre enfants. La plupart des participantes avaient un revenu supérieur au seuil de faible revenu (50 000 \$CA/année; 93,3 %), étaient mariées ou en union libre (86,6 %), avaient au moins un diplôme d'un collège général ou technique (93,4 %) et n'avaient pas vu leur emploi (ou celui de leur partenaire) être affecté par la pandémie (86,7 %). Les analyses thématiques ont fait ressortir deux grands thèmes: 1) «Oh mon Dieu, il y a trop d'information [dans ce courriel]» : parents débordés par les documents de promotion de la santé; et 2) «Nous avons vraiment aimé cela» : conseils pour favoriser la participation des parents à la mise en application des documents de promotion de la santé.

«Oh mon Dieu, il y a trop d'information [dans ce courriel] » : parents débordés par les documents de promotion de la santé

Bien que les mères aient exprimé des préoccupations au sujet des changements négatifs causés par la pandémie dans les habitudes de vie et la santé mentale de leurs enfants⁴, la plupart d'entre elles n'ont pas consulté les documents de promotion de la santé mis à leur disposition. Lorsque nous leur avons demandé pourquoi elles n'avaient pas consulté ces ressources, certaines participantes ont répondu qu'elles les trouvaient intrusives («Je n'ai pas envie que quelqu'un me dise quoi faire pendant la journée avec mes enfants» [parent 4a]) ou étaient trop préoccupées par d'autres choses (tableau 1, citation 1.1). La majorité des participantes ont aussi parlé de leurs propres facteurs de stress sur la santé mentale liés à la pandémie, comme des situations familiales inattendues, des changements dans les routines, l'impossibilité de se tourner vers les réseaux de soutien social et le fait d'être débordé par la pandémie (tableau 1, citations 1.2 et 1.3).

Dans le contexte des facteurs de stress immédiats liés à la pandémie, les documents de promotion de la santé ont été considérés comme des « extras » (parent 11a) comparativement au besoin de demeurer à jour avec les travaux scolaires (tableau 1, citations 1.4 et 1.5).

Certaines des mères ayant consulté les ressources ont indiqué qu'elles s'étaient désintéressées des documents de promotion de la santé envoyés par les écoles en raison de l'abondance des messages liés à la pandémie provenant des médias, du travail et d'autres sources (tableau 1, citations 1.6 et 1.7).

« Nous avons vraiment aimé cela » : conseils pour favoriser la participation des parents à la mise en application des documents de promotion de la santé

Les mères qui ont consulté les documents de promotion de la santé ont trouvé que ceux concernant la santé mentale et le mieux-être avaient été particulièrement utiles (comme la tenue d'un journal, la méditation). En effet, elles semblent avoir été davantage préoccupées par la santé mentale que par les autres habitudes de vie durant la pandémie de COVID-19⁴. La pleine conscience «a certainement été une stratégie d'adaptation et un moyen

d'identifier les émotions vécues [par l'enfant] ». De plus, elle était facile à mettre en pratique à la maison, puisque l'enfant était capable de «l'appliquer à ce que [l'enfant] avait fait à l'école » (parent 5a). Une des mères a mentionné que les activités calmes avaient aidé ses enfants à mieux contrôler leur comportement (tableau 1, citation 2.1). Une autre mère a souligné que les écoles avaient fourni des journaux de réflexion pour permettre aux enfants de prendre conscience de leurs émotions et de les accueillir.

Interrogées sur les soutiens de la promotion de la santé qui seraient utiles en cas de confinement dans l'avenir, les mères ont répondu que les interactions avec les professeurs et les autres membres du personnel de l'école (comme les animateurs en santé) avaient des bienfaits, tant pour les parents que pour les enfants, comparativement aux communications impersonnelles comme les bulletins, les courriels et les dépliants (tableau 1, citations 2.2 et 2.3).

Les mères ont aussi parlé des soutiens plus concrets pour encourager de saines habitudes de vie chez les enfants, comme la distribution de paniers d'aide alimentaire dans le cadre de collaborations entre les écoles et les centres communautaires. Cette intervention a été particulièrement appréciée par les familles touchées par des facteurs de stress liés à la pandémie comme une perte d'emploi (tableau 1, citations 2.4 and 2.5).

Les mères ont suggéré de publier de courts messages de promotion de la santé (comme «une vidéo de trois minutes» [parent 13a]) sur des médias sociaux qui sont «faciles à consulter le soir durant les temps calmes» (parent 6a); de proposer des activités faciles à faire à la maison qui sont à la fois stimulantes et compétitives («Peut-être qu'ils pourraient poser un défi aux autres enfants de la classe ou avoir un [certain] temps à l'extérieur [...] mettre ça par écrit avec ce qu'ils ont fait dehors.» [parent 1a]) et de fournir de l'équipement pour garder les enfants motivés («Une corde à sauter aurait été formidable, mes enfants auraient adoré ça» [parent 5a]).

Analyse

Nous avons synthétisé les perceptions que les parents ont eues à propos des documents de promotion de la santé durant la pandémie de COVID-19. Bien que certains

TABLEAU 1

Quelques citations des parents d'enfants de la 4º à la 6º année fréquentant une école APPLEª en Alberta et au Manitoba, décembre 2020 à février 2021, au sujet de la promotion de la santé en milieu scolaire durant la pandémie

Numéro de citation	Citation
1.1	«Comme nous étions tellement absorbés par ce que nous faisions, nous n'avons probablement pas prêté attention à leurs suggestions. » (parent 2a)
1.2	« Je recevais des courriels à gauche à droite rien qu'à essayer de suivre les activités scolaires de mes enfants. » (parent 6a)
1.3	« Je vais être honnête, je n'ai pas vraiment lu [les documents de promotion de la santé], parce que la plupart étaient des courriels plutôt longs. [] Il y avait presque trop de contenu. Je les ouvrais et je me disais "Oh mon Dieu, il y a trop d'information". Je ne les lisais même pas. » (parent 3a)
1.4	«Je sais que [des documents de promotion de la santé] m'ont été envoyés, mais je vais être franche, il y en avait tellement que j'ai seulement sorti les mathématiques et les dictées. J'ai mis le reste de côté parce que c'était tout simplement trop.» (parent 12a)
1.5	«Lorsque ce n'est pas important, on le parcourt rapidement et on se dit "ouais, O. K., m'est égal".» (parent 13a)
1.6	«Eh bien [rires], toute cette histoire de COVID-19 a été difficile pour moi aussi une sorte de "ouais, ouais, d'accord". Vous savez, quand on est tellement exposé à quelque chose, on finit par ne plus le voir ou s'y intéresser.» (parent 13a)
1.7	« J'ai fini par en avoir assez de leurs conseils santé. » (parent 9a)
2.1	« [Faire ces activités calmes] fait descendre leur niveau d'énergie, il est évident que ça les calme. Ils s'entendent mieux, ils sont moins réactifs entre eux. » (parent 5a)
2.2	«Les professeurs m'ont appelé directement pour me demander comment j'allais. Ils l'ont fait pour les enfants aussi, juste pour s'assurer que nous n'étions pas en train de perdre la tête. Ils veillaient sur tout le monde. » (parent 4a)
2.3	« [L'animatrice en santé de l'école APPLE] nous envoyait des courriels et nous appelait [] Elle a fait un suivi auprès des deux enfants. Elle était très bien, vraiment. » (parent 10a)
2.4	« [L'école a préparé des paniers d'aide alimentaire] et beaucoup de familles en avaient vraiment besoin. [Nom de la ville] est une ville pétrolière et gazière, et aussi militaire — beaucoup de familles vivaient déjà des épreuves, et la pandémie est venue s'y ajouter. Les derniers temps ont été difficiles pour beaucoup de familles, les [paniers d'aide alimentaire] ont été un geste formidable [de l'école]. » (parent 6a)
2.5	« Nous avons reçu des repas gratuits d'un des [centres communautaires qui] distribuent des sacs à lunch à toutes les écoles de la vallée, ce qui était merveilleux. Je pense que c'est arrivé quelques de fois. Et même les aides-éducateurs et les professeurs ont préparé des pizzas et les ont distribuées aux familles. [] Lorsque nous allions remettre les devoirs et prendre les nouvelles enveloppes, ils donnaient des pizzas à cuire à la maison [ce qui était] vraiment merveilleux. » (parent 10a)

Remarque : Les citations originales sont en anglais et ont été traduites pour la version française de cet article.

parents aient consulté et trouvé utiles les suggestions sur le maintien de saines habitudes de vie pendant que leurs enfants faisaient leur apprentissage à distance, la plupart d'entre eux ont été trop débordés pour pouvoir étudier ou utiliser les documents de promotion de la santé. Cette observation correspond aux résultats de recherches menées sur les communications visant à promouvoir la santé en période de crise sanitaire⁵, qui ont révélé que les parents avaient des préoccupations plus immédiates (comme assurer la stabilité économique du ménage ou demeurer à jour avec les travaux scolaires). Les mauvaises habitudes de vie des enfants perdent alors de leur importance, et la promotion de la santé n'est qu'un élément de plus qui s'ajoute au fardeau des parents.

Pour éviter cette situation en période de crise, l'UNICEF⁶ souligne l'importance pour les écoles d'évaluer les besoins en matière de communication, d'utiliser plusieurs voies de communication (rencontres en ligne avec les parents, appels téléphoniques, groupes de messagerie

instantanée, plateformes de médias sociaux, site Web de l'école, etc.) et d'établir la fréquence de communications ainsi que les stratégies les plus susceptibles de mobiliser les parents de façon durable. Comme l'a montré notre étude, certains parents souhaitent recevoir des documents de promotion de la santé sous une forme différente (comme de courtes vidéos), sur les médias sociaux. En outre, compte tenu de l'importance accordée à se tenir à jour en matière de travaux scolaires, il pourrait être utile de contextualiser la promotion de la santé comme un facteur de réussite scolaire important chez les enfants. Par exemple, au lieu d'utiliser un langage normatif («vos enfants doivent bien manger et faire de l'exercice»), les documents de promotion de la santé pourraient mettre l'accent sur l'importance de saines habitudes de vie en matière de capacité d'apprentissage et de concentration de l'enfant («les enfants en santé apprennent mieux»).

Comme les parents ont eu de la difficulté à faciliter la promotion de la santé durant la pandémie de COVID-19, il est essentiel de chercher de nouvelles stratégies pour réaliser les programmes de promotion de la santé. Selon la composante « partenariats et services » de l'approche globale de la santé en milieu scolaire⁷, toutes les écoles devraient explorer les manières d'établir des liens étroits avec des organisations communautaires et de créer conjointement des occasions pour les enfants d'adopter de saines habitudes de vie, tout en offrant aux parents du temps pour refaire le plein d'énergie et pour s'occuper de leurs propres besoins en santé mentale et physique.

Bien qu'il ait été pratique pour les écoles de pouvoir réaliser les programmes de manière virtuelle durant la phase aiguë de la pandémie ayant précédé l'arrivée des vaccins, les données probantes indiquent que les activités pratiquées localement à l'extérieur avec des mesures de protection contre la COVID-19 (port du masque, distanciation physique), comme les marches et les promenades à vélo, constituent des moyens sécuritaires de garder les enfants actifs⁸. En outre, il sera nécessaire d'augmenter les fonds alloués à la distribution de matériel (cordes à sauter, mélanges à

^a Pour obtenir des détails sur les écoles APPLE, veuillez consulter le site Web <u>www.APPLESchools.ca</u> (en anglais seulement).

bulles, ballons de soccer, jeux de famille visant à favoriser les expériences familiales) et de nourriture (paniers d'aide alimentaire, cartes-cadeaux d'épicerie) et de faciliter l'accès à du counseling individuel et familial et à d'autres ressources locales axées sur la santé mentale et le mieux-être en cas de confinement futur.

Conclusion

Nous avons constaté que la majorité des parents n'avaient pas consulté les documents de promotion de la santé pendant la fermeture des écoles à cause de la crise sanitaire et des défis connexes. Nous avons cerné diverses stratégies pour accroître la participation des parents à la promotion de la santé à la maison en période de crise sanitaire afin que les élèves maintiennent de saines habitudes de vie. D'autres recherches sont à mener sur les résultats de la promotion de la santé chez les élèves en période de crise sanitaire pour s'assurer que les activités de promotion de la santé sont pertinentes et efficaces.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les élèves, les parents et les directeurs d'école pour leur participation à la recherche. Ils sont aussi reconnaissants envers les professeurs et le personnel des écoles APPLE, plus spécifiquement Landra Walker, Tina Skakun et Katherine Dekker, pour leurs contributions à la recherche.

Financement

L'Agence de la santé publique du Canada en collaboration avec d'autres partenaires ont financé les programmes des écoles APPLE dans les collectivités du Nord (pour obtenir des détails, veuillez consulter le site www.APPLESchools.ca, en anglais seulement). Cette étude a été financée par les fonds de fonctionnement versés à KM et à PJV par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (n° de subvention 172685). KM est titulaire de la chaire de la Fondation de la famille Murphy en interventions précoces.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Les sources de financement n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, la rédaction du manuscrit ou la décision de publier les résultats.

Contributions des auteurs et avis

Conception: JD, NW, LM, PJV, KM. Financement: PJV, KM. Administration du projet: JD. Supervision: PJV, KM. Méthodologie: NW. Édition du contenu des données: JD, LM, BAM, SS. Analyse formelle: NW, LM, BAM, SS. Rédaction de la première version du manuscrit: JD, BAM, SS. Révisions et relectures du manuscrit: JD, NW, LM, BAM, SS, PJV, KM.

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. Macera CA. Promoting healthy eating and physical activity for a healthier nation. Dans: Department of Health and Human Services. Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2003. chapitre 7. En ligne à: https://www.cdc.gov/healthyyouth/publications/pdf/pp-ch7.pdf
- 2. World Health Organization (WHO). A year into the COVID-19 pandemic, a high speed journey. Where are we now? [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2021. En ligne à : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update51
 pandemic overview where are we now.pdf?sfvrsn = 709278aa 5
- 3. 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. http://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2
- Maunula L, Dabravolskaj J, Maximova K, et al. "It's very stressful for children": elementary school-aged children's psychological wellbeing during COVID-19 in Canada. Children. 2021; 8(12):1185. http://doi.org/10.3390/children8121185

- Cho H, Salmon CT. Unintended effects of health communication campaigns. J Commun. 2007;57(2):293-317. https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2007 .00344.x
- 6. UNICEF Romania. Tips for schools on how to strengthen communication with parents/caregivers [Internet]. UNICEF; 2020 [consultation le 15 décembre 2022]. En ligne à : https://www.unicef.org/romania/stories/tips-schools-how-strengthen-communication-parentscaregivers
- Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES).
 Cadre de l'approche globale de la santé en milieu scolaire [Internet].
 Summerside (Î.-P.-É.) : CCES; 2016.
 En ligne à : http://www.jcsh-cces.ca/images/Quest-ce-que-lapproche-globale-de-la-sant%C3%A9 en milieu scolaire.pdf
- 8. Jouons dehors Canada. Le jeu à l'extérieur au Canada : rapport sur l'état du secteur 2021. Ottawa (Ont.) : Jouons dehors Canada; 2021. En ligne à : https://www.outdoorplaycanada.ca/wp-content/uploads/2021/10/OPC_SSR_FR.pdf

Appel à contributions : La prescription sociale au Canada

Diffuser cet article sur Twitter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Échéance pour les soumissions : 31 juillet 2023.

Références

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

Autres publications de l'ASPC

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

Boniel-Nissim M, Tynjälä J, Gobiņa I, [...] **Wong SL**, [...] **Gariépy G**. Adolescent use of social media and associations with sleep patterns across 18 European and North American countries. Sleep Health. 2023. https://doi.org/10.1016/j.sleh.2023.01.005

Khattar J, Anderson LN, **De Rubeis V**, **de Groh M**, **Jiang Y**, et al. Unmet health care needs during the COVID-19 pandemic among adults: a prospective cohort study in the Canadian Longitudinal Study on Aging. CMAJ Open. 2023;11(1):E140-E151. https://doi.org/10.9778/cmajo.20210320

Toigo S, Pollock NJ, Liu L, Contreras G, McFaull SR, Thompson W. Fatal and non-fatal firearm-related injuries in Canada, 2016–2020: a population-based study using three administrative databases. Inj Epidemiol. 2023;10:10. https://doi.org/10.1186/s40621-023-00422-z

Wang J, Gholi Zadeh Kharrat F, Pelletier JF, [...] **Gariépy G**, et al. A case-control study on predicting population risk of suicide using health administrative data: a research protocol. BMJ Open. 2023;13(2):e066423. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066423