

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 44 • numéro 6 • juin 2024

Numéro spécial : La prescription sociale au Canada : une approche émergente en matière de santé et de bien-être, partie I

Rédacteurs invités : Sandra Allison, Kiffer G. Card et Kate Mulligan

Éditorial

- 267 La prescription sociale au Canada : la promotion de la santé en action, 50 ans après le rapport Lalonde

Synthèse des données probantes

- 271 Résultats et instruments utilisés dans les interventions de prescription sociale : une méta-revue modifiée

Recherche qualitative originale

- 298 Le rôle de la prescription d'aliments frais dans le contexte des services sociaux : une étude qualitative en Ontario (Canada)

Commentaire

- 309 La prescription alimentaire au Canada : données probantes, critiques et possibilités
- 314 Prescription d'exposition à la nature : nouvelles perspectives sur les approches fondées sur la réconciliation et l'inclusivité culturelle dans un centre de santé communautaire triculturel
- 319 Mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada

Aperçu

- 324 Prescription sociale à l'intention des personnes noires : l'importance d'une approche afrocentrique

Lettre à la rédaction

- 328 Les prescriptions non cliniques m'ont donné une lueur d'espoir : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue
- 329 La voix du patient au cœur de la prescription sociale : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue
- 330 Formation des médecins sur la prescription sociale : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue

Annonce

- 331 Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques
- 333 Autres publications de l'ASPC

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



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

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

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

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

Justin J. Lang, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

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

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

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

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

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

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

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

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

Comité de rédaction

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

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

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

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

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

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

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

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

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

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

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

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

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

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ISSN 2368-7398

Pub. 230542

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>

Éditorial

La prescription sociale au Canada : la promotion de la santé en action, 50 ans après le rapport Lalonde

Kate Mulligan, Ph. D. (1); Kiffer G. Card, Ph. D. (2); Sandra Allison, M.D. (3)

Résumé

Le rapport Lalonde, publié en 1974 par le ministre canadien de la Santé nationale et du Bien-être social, a fait œuvre de pionnier en matière de santé publique au Canada en reconnaissant que les déterminants de la santé vont bien au-delà des services de soins de santé. Cinquante ans plus tard, ce numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* montre comment on peut agir sur les déterminants de la santé en amont au moyen d'une nouvelle intervention appelée « prescription sociale ». La prescription sociale oriente les patients vers des ressources communautaires qui correspondent à leurs priorités personnelles. Elle favorise ainsi un changement de paradigme par lequel l'approche de promotion de la santé n'est plus axée sur les déficits mais sur les forces. La première partie de ce numéro porte sur la croissance rapide de la prescription sociale et ses applications variées au Canada, que ce soit des initiatives ciblant diverses populations ou des interventions privilégiant le contact avec la nature, les arts, l'activité physique ou encore la connectivité sociale. Les contributions d'un large éventail de partenaires (chercheurs, professionnels de la santé et membres de la communauté, etc.) explorent l'adaptabilité de la prescription sociale à différents groupes, soulignent le rôle que jouent la communauté et les expériences vécues dans la recherche et signalent également la nécessité d'un plus grand nombre d'études sur l'efficacité et les résultats de la prescription sociale. Les études de cas présentées prouvent l'existence d'avantages tangibles sur les plans de l'équité en santé et de l'accès aux services sociaux. Ce numéro ne reflète pas seulement la portée et l'incidence actuelles de la prescription sociale au Canada : il jette aussi les bases de son évolution future et de son intégration dans les pratiques de santé en général.

Mots-clés : *prescription sociale, promotion de la santé, systèmes de santé, santé de la population*

Introduction

Ce numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* marque une première au pays : il s'agit de la première publication entièrement consacrée à la prescription sociale, un domaine qui connaît une croissance rapide au Canada. Sa publication survient 50 ans après celle du rapport Lalonde, qui, en 1974, a souligné l'effet de facteurs sociaux comme la pauvreté et l'isolement social sur la santé¹. Au cours des 50 dernières années, les professionnels de la

santé et les collectivités ont été de plus en plus nombreux à reconnaître les limites des approches purement cliniques vis-à-vis de la santé. Or, jusqu'à tout récemment, cette prise de conscience n'avait pas suffisamment favorisé l'essor de moyens pratiques et systématiques permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

La prescription sociale offre une nouvelle approche. Elle consiste à diriger les patients vers des ressources non médicales dans leur collectivité, en fonction des priorités de la personne. Son incidence se mesure

Éditorial par Mulligan K et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Points saillants

- La prescription sociale oriente les patients vers des ressources non médicales, selon une approche de la santé qui se concentre sur les forces plutôt que sur les déficits.
- Les initiatives se multiplient à l'intention de populations particulières comme les aidants naturels, les jeunes, les personnes racisées ou les collectivités autochtones.
- Des études de cas montrent que la prescription sociale favorise l'équité en santé et un accès élargi aux services essentiels.

sur la santé et le bien-être de façon globale². Fait important, la prescription sociale intègre la promotion de la santé – la capacité accrue des personnes et des collectivités à agir sur leur santé et ses déterminants³ – dans les systèmes de santé, tant par le soutien social fourni que par un changement de paradigme, l'accent n'étant plus mis sur les déficits (« qu'est-ce qui ne va pas chez nous? ») mais sur les forces d'un point de vue global (« qu'est-ce qui compte pour nous? »)⁴. Si ces principes ont toujours été importants, ils sont particulièrement nécessaires au lendemain de la pandémie de COVID-19, qui a mis à rude épreuve les systèmes de santé et le personnel soignant.

Rattachement des auteurs :

1. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Kiffer G. Card, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, 8888 University Drive West, Burnaby (Colombie-Britannique) V5A 1S6; tél. : 778-782-9917; courriel : kcard@sfu.ca

La prescription sociale connaît une croissance importante au Canada, motivée notamment par l'essor de la prescription sociale au Royaume-Uni et ailleurs dans le monde⁵. Des initiatives sont en cours dans chaque province⁶. Certaines s'adressent à des populations particulières, comme les aidants naturels⁷, les aînés⁸, les personnes noires⁹, les populations autochtones¹⁰, les enfants et les jeunes¹¹ et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale¹². D'autres comportent des domaines d'intervention précis, comme l'alimentation¹³, la nature¹⁰, les arts et la culture¹⁴, l'activité physique¹⁵ et les liens sociaux¹⁶, ou offrent des mécanismes de soutien, comme des bases de données sur les services communautaires ou des moyens technologiques de demande de services¹⁶⁻¹⁸.

Les articles présentés dans la première partie du numéro spécial montrent que la recherche et l'évaluation de la prescription sociale progressent simultanément au Canada, et l'adoption croissante suit de près dans la pratique. Dans ce numéro, des auteurs de partout au Canada – étudiants, professionnels de la santé, chercheurs, membres de la communauté et travailleurs des services sociaux, entre autres – examinent la polyvalence et l'adaptabilité de différentes interventions de prescription sociale faites par et pour différentes populations, soulignent la nécessité d'un leadership de nouvelle génération de la part des jeunes et des personnes ayant une expertise acquise dans la collectivité ou liée au vécu personnel et énoncent les domaines dans lesquels des études approfondies s'imposent.

La première partie du numéro spécial comprend plusieurs exemples d'applications concrètes de la prescription sociale. Vaillancourt et ses collaborateurs explorent comment les relations avec la nature et les liens avec la terre sont fondés sur la culture et peuvent être bénéfiques pour la santé, tant pour les collectivités autochtones que pour les collectivités non-autochtones¹⁰. Leur démarche réflexive a fait ressortir l'importance de la décolonisation et de l'intégration des pratiques de guérison autochtones dans les initiatives de prescription sociale. Ramirez et ses collaborateurs explorent comment la prescription sociale peut servir à renforcer l'équité en santé dans les communautés noires et s'intéressent en particulier à la création de programmes culturellement sûrs qui sont fondés sur la confiance et

sur les valeurs afrocentriques¹⁹. Enfin, Brubacher et ses collaborateurs analysent un programme de prescription sociale d'aliments à Guelph (Ontario)²⁰. Leurs travaux montrent que le programme a amélioré non seulement les résultats clés mais aussi l'accès aux services sociaux, les participants ayant pu consacrer leurs ressources limitées à d'autres biens et services essentiels.

Ce numéro explore également la nécessité de mener d'autres recherches sur la prescription sociale. Ashe et ses collaboratrices ont réalisé une revue des études disponibles pour déterminer comment les chercheurs mesurent actuellement l'efficacité et les résultats de la prescription sociale²¹. Elles ont constaté que le bien-être mental et émotionnel était un aspect bien étudié, mais que des recherches doivent encore être menées au sujet des effets sur la santé physique, les capacités de raisonnement et la mémoire. De plus, leur revue souligne l'importance de tenir compte de facteurs sociodémographiques comme le revenu, la scolarité et l'origine ethnique lorsqu'on évalue si un programme est efficace et équitable pour tous. Little et ses collaborateurs proposent un commentaire sur la prescription alimentaire dans lequel ils explorent les besoins et les possibilités de recherche liés aux aliments, à la jonction entre les services de santé et les services sociaux, ainsi que les mesures favorisant la santé au niveau individuel et populationnel²².

Étant donné que la prescription sociale s'articule autour de ce qui compte pour chaque personne ou chaque collectivité, il convient aussi que la recherche sur la prescription sociale s'articule autour de l'expertise des participants ayant une expérience vécue. Nous avons la chance d'inclure trois lettres à la rédaction percutantes dans ce numéro : Norman²³, Barre²⁴ et Paquette²⁵ font chacun part des expériences qu'ils ont vécues. Leurs lettres montrent l'impact des interventions de prescription sociale et l'importance de l'expertise des participants en ce qui concerne l'élaboration des programmes et la formation des professionnels de la santé.

Soulignant la possibilité que la prescription sociale soit adoptée à grande échelle par les futurs professionnels de la santé, les dirigeants communautaires et les chercheurs, Muhl et ses collaboratrices rendent

compte d'une augmentation de l'intérêt des étudiants postsecondaires envers la prescription sociale au Canada²⁶. Les auteures invitent les étudiants, les systèmes de santé et les universités à collaborer pour établir des partenariats et intégrer la prescription sociale dans l'enseignement, la recherche et la pratique quotidienne.

La prescription sociale est un domaine qui a le vent en poupe au Canada, et nous avons reçu un grand nombre d'excellents textes en prévision de ce numéro. Par conséquent, une seconde partie est prévue à ce numéro spécial, pour septembre 2024. Nous encourageons les chercheurs, les praticiens et les bailleurs de fonds à poursuivre la recherche sur la prescription sociale afin que les pratiques adoptées soient efficaces, équitables, significatives, mesurables et bénéfiques pour la santé. Cinquante ans après la publication du rapport Lalonde sur la promotion de la santé, la prescription sociale pourrait devenir une pierre angulaire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques au Canada – pour les 50 prochaines années, et peut-être même plus.

Conflits d'intérêts

KM, KGC et SA ont agi comme rédacteurs invités pour ce numéro de la revue PSPMC, mais ils se sont retirés du processus décisionnel associé à la publication de ce texte.

Avis

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. Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail. Ottawa (Ont) : gouvernement du Canada; 1974. [N° de catalogue : H31-1374]. En ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
2. Muhl C, Mulligan K, Bayoumi I, Ashcroft R, Godfrey C. Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study. *BMJ Open*. 2023; 13(7):e070184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070184>

3. World Health Organization (WHO) Health promotion [Internet]. Geneva (CH): WHO; 1986 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
4. Institut canadien de prescription sociale (ICPS). Ce qui compte selon vous [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICPS; 2024 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://www.socialprescribing.ca/fr-ca>
5. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et collab. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. (2022); 7(5):e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
6. Mulligan K, Hsiung S, Bloch G, et al. Social prescribing in Canada: a tool for integrating health and social care for underserved communities. *Healthc Q*. 2023;25(4):17-22. <https://doi.org/10.12927/hcq.2023.27022>
7. Centre canadien d'excellence pour les aidants (CCEA). Une prescription sociale pour les soins : Une nouvelle initiative pancanadienne de prescription sociale vise à améliorer le bien-être des aidants partout au pays [Internet]. [Communiqué.] Ottawa (Ont.) : CCEA; 2024. En ligne à : <https://canadiancaregiving.org/fr/prescription-sociale-pour-les-soins/>
8. United Way British Columbia (UWBC). Rediscovering purpose, connection, and creativity in retirement years through social prescribing in British Columbia [Internet]. Burnaby (C.-B.): UWBC; 2023 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://uwbc.ca/stories/2023/rediscovering-purpose-connection-and-creativity-in-retirement-years-through-social-prescribing-in-british-columbia>
9. Alliance pour des communautés en santé (ACS). Un nouveau projet de prescription sociale à l'intention des Noirs vise à améliorer la santé au sein des communautés noires par une approche éprouvée reposant sur les principes afrocentriques du bien-être [Internet]. [Communiqué.] Toronto (Ont.) : ACS; 2022 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://www.allianceforarts.com/blog/2023/12/12/announcing-arts-on-prescription-a-bc-alliance-pilot-project>
10. Vaillancourt A, Barnstaple R, Robitaille N, Williams T. Prescription d'exposition à la nature : nouvelles perspectives sur les approches fondées sur la réconciliation et l'inclusivité culturelle dans un centre de santé communautaire triculturel. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):314-318. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.05f>
11. Le Carrefour de pédiatrie sociale de Vanier. C'est quoi une prescription sociale? [Internet]. Ottawa (Ont.) : Le Carrefour de pédiatrie sociale de Vanier; 2023 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://fr.cpsv-vspb.com/services-4>
12. Carrefour Déc. La prescription sociale pour une meilleure santé mentale [Internet]. Ottawa (Ont.) : Carrefour Déc; 2023 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://kdehub.ca/fr/projets/sm-covid/la-prescription-sociale-pour-une-meilleure-sante-mentale-ontario/>
13. Little M, Dodd W, Grewal A, Stringer E, Richter A. A 52-week fresh food prescribing program reduces food insecurity and improves fruit and vegetable consumption in Ontario, Canada. *Research Square* [prépublication]. 2023 [consultation le 30 avril 2024]. En ligne à : <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3084278/v1>
14. BC Alliance for Arts and Culture. Announcing arts on prescription pilot project [Internet]. Vancouver (BC) : BC Alliance for Arts and Culture; 2023 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://www.allianceforarts.com/blog/2023/12/12/announcing-arts-on-prescription-a-bc-alliance-pilot-project>
15. Prescription to Get Active. Prescription to get active [Internet]. Airdrie (AB): Prescription to Get Active; 2020 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://www.prescriptiontogetactive.com/>
16. Croix-Rouge canadienne. Programme d'appels amicaux [Internet]. Ottawa (Ont.) : Croix-Rouge canadienne; 2024 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://www.croixrouge.ca/nos-champs-d-action/soins-a-domicile-et-soins-de-sante-au-canada/programme-d-appels-amicaux>
17. Clic Social. Bienvenue sur le site Clic social [Internet]. Montréal (Qc): Clic Social; date inconnue [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://clicsocial.ca/>
18. Ontario SPOR Support Unit (OSSU). Just what the doctor ordered [Internet]. Toronto (Ont.): OSSU; 2023 [consultation le 1^{er} mai 2024]. En ligne à : <https://ossu.ca/2023/12/just-what-the-doctor-ordered/>
19. Ramirez S, Beaudin N, Rayner J, Price N, Townsend D. Prescription sociale à l'intention des personnes noires : l'importance d'une approche afrocentrique. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):324-327. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.07f>
20. Brubacher LJ, Little M, Richter A, Dodd W. Le rôle de la prescription d'aliments frais dans le contexte des services sociaux : une étude qualitative en Ontario (Canada). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):298-308. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.03f>
21. Ashe MC, dos Santos IK, Alfares H, Chudyk AM, Esfandiari EE. Résultats et instruments utilisés dans les interventions de prescription sociale : une métarevue modifiée. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):271-297. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.02f>
22. Little M, Dodd W, Brubacher LJ, Richter A. La prescription alimentaire au Canada : données probantes, critiques et possibilités. [Commentaire] *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):309-313. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.04f>

-
23. Norman M. Les prescriptions non cliniques m'ont donné une lueur d'espoir : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue. [Lettre à la rédaction] *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):328. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.08f>
 24. Barre S. La voix du patient au cœur de la prescription sociale : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue. [Lettre à la rédaction] *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):329. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.09f>
 25. Paquette H. Formation des médecins sur la prescription sociale : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue. [Lettre à la rédaction] *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):330. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.10f>
 26. Muhl C, Bhaskar L-T, Ruhigisha M, McGarity-Shipley E. Mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada. [Commentaire]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6):319-323. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.06f>

Synthèse des données probantes

Résultats et instruments utilisés dans les interventions de prescription sociale : une méta-revue modifiée

Maureen C. Ashe, Ph. D. (1,2); Isis Kelly dos Santos, Ph. D. (3); Hadil Alfares, B. Sc. (1,2); Anna M. Chudyk, Ph. D. (4); Elham Esfandiari, Ph. D. (1,2)

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

Synthèse des données probantes par Ashe MC et al. dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)

Résumé

Introduction. Les travaux dont on dispose sur la prescription sociale montrent une grande variété, au sein des études publiées, dans les types de résultats et leur nombre. Nous avons entrepris de décrire les grands thèmes et les instruments associés aux résultats de la prescription sociale, dans l'objectif de renforcer la capacité de recherche et d'évaluation des programmes.

Méthodologie. Cette étude est une méta-revue modifiée, réalisée selon des lignes directrices normalisées. Nous avons enregistré l'étude et effectué des recherches dans plusieurs bases de données (toutes langues et années confondues). Les publications incluses devaient avoir été évaluées par les pairs et devaient rendre compte des résultats d'une intervention auprès d'adultes de 18 ans et plus qualifiée de prescription sociale dans la publication elle-même. La période de recherche s'étend jusqu'au 9 juillet 2023. Nous avons sélectionné, dans les revues systématiques retenues, les études primaires qui répondaient à ces mêmes critères d'inclusion. En ce qui concerne les études primaires, nous avons trié les résultats et les instruments extraits en fonction de six grands thèmes provenant d'une taxonomie publiée. Nous avons trouvé l'information relative à la description et aux propriétés de mesure des instruments et mené deux rondes d'évaluation concernant 1) la qualité des revues systématiques et 2) la présentation de données en lien avec les instruments dans les études primaires. Nous avons fait une synthèse narrative des revues, des études primaires et des résultats (PROSPERO 2023 CRD42023434061).

Résultats. Dix revues systématiques et 33 études primaires ont répondu aux critères d'inclusion de notre revue. Les résultats couvrent la plupart des grands thèmes de la taxonomie, en particulier les facteurs psychosociaux (comme le bien-être) et, dans une moindre mesure, la cognition, l'activité physique, ainsi que les aidants naturels et les bénévoles. Nous avons constaté que peu d'études fournissaient des données détaillées sur les caractéristiques sociodémographiques des participants ou sur les propriétés de mesure des instruments.

Conclusion. Notre synthèse brosse une vue d'ensemble des résultats et des instruments qui sont utilisés dans les interventions de prescription sociale et cerne également les lacunes des connaissances en la matière. Ce travail jette les bases de la prochaine étape de notre démarche : la sélection des résultats associés à la prescription sociale qui comptent le plus pour les parties intéressées, notamment les usagers, les prestataires et les décideurs.

Mots-clés : *déterminants de la santé, vieillissement en santé, recherche sur les résultats, prescription sociale*

Rattachement des auteurs :

- Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- Edwin S.H. Leong Centre for Healthy Aging, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- Département d'éducation physique, Université fédérale du Rio Grande do Norte, Natal, Brésil
- Collège de pharmacie, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

Correspondance : Maureen C. Ashe, Department of Family Practice, The University of British Columbia, 3F - 5950 University Blvd., Vancouver (BC) V6T 1Z3; courriel : maureen.ashe@ubc.ca



Points saillants

- Nous avons synthétisé et catégorisé les résultats et les instruments issus de 10 revues et de 33 études primaires sur la prescription sociale.
- Nos travaux révèlent la variabilité des types et du nombre de résultats utilisés dans les études publiées.
- Les résultats associés au bien-être et à la santé mentale occupent une place prépondérante dans bon nombre d'études.
- Nous avons constaté une moindre utilisation des résultats concernant la cognition, l'activité physique, les aidants naturels et les bénévoles.
- La déclaration exhaustive des caractéristiques sociodémographiques des participants serait bénéfique dans le domaine.

Introduction

La prescription sociale est un modèle de soins de santé et de services sociaux qui a vu le jour au Royaume-Uni et qui se répand rapidement ailleurs dans le monde, dont au Canada. La prescription sociale a déjà été bien décrite ailleurs^{1,2}. Elle vise essentiellement à répondre aux besoins sociaux non médicaux non satisfaits, en établissant des liens entre une personne et les ressources de sa collectivité. Dans sa

forme actuelle, la prescription sociale se veut une démarche globale² par laquelle des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux ou des organismes communautaires cherchent à cerner les besoins sociaux d'une personne, en collaboration avec celle-ci, et l'aiguillent vers des services non médicaux de liaison communautaire. À l'aide d'une approche axée sur les forces, la personne et l'agent de liaison communautaire (ou « intervenant-pivot ») déterminent ensemble « ce qui compte le plus ». Ensuite, l'agent fait le lien entre la personne et les ressources communautaires correspondant à ses besoins – par exemple un service, des espaces verts ou un réseau – et peut même, dans certains cas, l'y accompagner^{2,3}.

La prescription sociale s'inspire d'autres travaux fondés sur des données probantes, par exemple en ce qui concerne les services d'orientation communautaire, les systèmes d'intervenants-pivots⁴ et les bienfaits de la participation à des activités, notamment à des activités physiques⁵ ou artistiques⁶ ou encore à des programmes dans les musées⁷. Cependant, nous avons constaté^{8,9}, comme d'autres¹⁰, que l'efficacité de la prescription sociale n'a pas été établie de façon définitive. L'une des difficultés que pose la synthèse des données probantes tient sans doute au fait qu'il n'y avait pas, antérieurement, de définition acceptée de la prescription sociale. Or on dispose maintenant d'une nouvelle définition, établie conjointement à l'échelle internationale à l'aide d'une méthode Delphi modifiée³. Au Canada, la prescription sociale n'en est qu'à ses débuts, mais le contexte lui est favorable, du fait que les cliniciens orientent déjà leurs patients vers des services communautaires et vu l'ampleur du secteur communautaire composé des organismes à but non lucratif, des bénévoles et d'autres personnes qui soutiennent la population. La « nouvelle » définition et les démarches de prescription sociale vont de pair avec l'intégration des secteurs de la santé et des services sociaux et les approches axées sur les forces et sur la personne².

L'établissement d'un ensemble de données probantes à l'égard d'une intervention aussi complexe que la prescription sociale exige la prise en compte de nombreux facteurs. Un thème que nous avons relevé dans nos revues précédentes^{8,9}, qui pourrait faire avancer la science et la pratique de la prescription sociale, concerne les résultats mesurés dans les études et les

évaluations de programme. Lorsque les résultats ne sont pas utilisés ou présentés uniformément dans les essais et les programmes, il est difficile d'établir l'efficacité d'une intervention (comme la prescription sociale), de veiller à l'inclusion de résultats importants, significatifs et axés sur la personne et, par la suite, de combiner l'information en vue de la synthèse des données probantes.

Deux études antérieures, fondées sur des méthodes de cartographie, ont visé à déterminer et à catégoriser les résultats en matière de prescription sociale^{11,12}. Bien qu'elles fournissent toutes deux des connaissances et des perspectives importantes, nous avons voulu aller plus loin et sélectionner les résultats présentés dans les études sur la prescription sociale pour les comparer à une taxonomie des résultats d'interventions socio-sanitaires publiée récemment par Dodd et ses collaborateurs¹³. Analyser les résultats dont on dispose permet de vérifier si certains grands thèmes ou domaines sont absents de la collecte des données et de fournir un portrait des pratiques actuelles de présentation des résultats.

C'est ainsi que, dans cette métarevue modifiée, nous avons cherché à décrire les résultats, les domaines et les instruments utilisés dans les études antérieures sur la prescription sociale destinée aux adultes et aux aînés. Le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni a élaboré un cadre commun en matière de prescription sociale¹⁴ mais, à notre connaissance, il n'existe aucun ensemble de résultats fondamentaux pour la recherche sur la prescription sociale. Nous avons voulu combler cette lacune¹⁵ et offrir une description des résultats mentionnés dans les recherches antérieures sur la prescription sociale afin d'élaborer un ensemble de résultats fondamentaux¹⁶. Pour résumer, nous avons voulu fournir des lignes directrices pratiques sur le choix des mesures de résultats, dans l'objectif général de renforcer les fondements scientifiques de la prescription sociale.

Méthodologie

Nous avons effectué une métarevue modifiée conformément aux lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)¹⁷ et aux normes du Joanna Briggs Institute (JBI) pour la réalisation d'une métarevue, à savoir une « revue des revues »¹⁸. Nous

avons modifié le processus de revue de telle sorte que deux auteurs ont examiné indépendamment chaque étude primaire mentionnée dans les revues afin de confirmer si l'étude répondait à nos critères d'inclusion. Deux grandes raisons ont motivé ce changement : 1) les revues systématiques cernées portaient sur une large tranche d'âge et incluaient des publications relevant de la littérature grise, tandis que certaines études primaires ne répondaient pas à nos critères d'inclusion et 2) les mêmes études primaires figuraient dans plusieurs des revues incluses.

Nous avons enregistré le protocole dans le registre prospectif international des revues systématiques (PROSPERO; 2023 CRD42023434061¹⁹) avant la mise en œuvre de notre stratégie finale de recherche. Nos deux questions de recherche exploratoire étaient les suivantes : 1) quels résultats ont été utilisés dans les travaux de recherche sur la prescription sociale auprès d'adultes de 18 ans et plus vivant dans la collectivité et 2) de quelle façon les instruments mentionnés correspondent-ils aux grands thèmes et aux domaines de la taxonomie des résultats?

Critères d'admissibilité

Nous avons inclus les revues systématiques et les études primaires évaluées par les pairs, de toutes les langues et toutes les années, qui synthétisaient des données quantitatives au sujet d'interventions qualifiées de prescription sociale auprès d'adultes de 18 ans et plus dans différents contextes (hôpitaux, soins primaires, milieux communautaires, etc.). Nous avons inclus les programmes qui ont été décrits comme une forme de « prescription sociale », tels que les programmes axés sur les arts ou sur les visites de musées (« art sur ordonnance » ou « prescriptions muséales »). Nous avons inclus dans notre synthèse les données probantes se rapportant aux adultes et aux aînés, qui sont les groupes ciblés pour l'élaboration de notre ensemble de résultats fondamentaux. En outre, comme les besoins et les services offerts sont différents chez les jeunes et chez les plus âgés, nous n'avons pas inclus dans notre synthèse les résultats se rapportant aux moins de 18 ans.

Nous avons exclu les publications qui ne fournissaient aucune mesure des résultats. Nous avons décidé de n'inclure que les publications évaluées par les pairs, parce que nous voulions effectuer une comparaison

des résultats présentés dans les études primaires, ces dernières étant potentiellement plus susceptibles de suivre les lignes directrices sur la présentation des résultats de recherche.

Nous avons appliqué les critères suivants, en fonction du cadre PICO (population, intervention, comparateur et résultats [de l'anglais *outcome*]). Population : nous avons privilégié les données probantes évaluées par les pairs qui se rapportaient aux adultes de 18 ans et plus recevant des prescriptions sociales. Intervention : nous avons inclus les revues et les études primaires portant sur des interventions qualifiées de prescription sociale par les auteurs. Comparateur : les études incluses dans les revues pouvaient avoir n'importe quel comparateur ou n'en avoir aucun. Résultats : comme nous cherchions à recenser tous les résultats possibles, nous n'avons imposé aucune limite à cet égard.

Sources d'information et stratégie de recherche

Nous avons consulté les bases de données énumérées ci-dessous, notre dernière recherche ayant été réalisée le 9 juillet 2023. Une auteure (MCA) a effectué toutes les recherches et a versé les citations (mentions et références) trouvées dans le logiciel de revues systématiques Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, AU). Nous avons également effectué une recherche de l'origine du renvoi aux références ainsi qu'une recherche des références citées (liste des références) à l'égard des publications évaluées par les pairs figurant dans les revues incluses, en fonction des citations téléchargées dans Web of Science ou Google Scholar. Les bases de données et les mots-clés suivants ont été utilisés :

- Ovid MEDLINE® and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions, et Embase. Mots-clés : ("social prescribing" ou "social prescription").ab,ti. ET "systematic review".ab,ti.
- EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews. Mots-clés : "social prescribing" OU "social prescription" ET "systematic review"
- EBSCO (APA PsycArticles, APA PsycInfo, CINAHL Complete, Social Work Abstracts, SPORTDiscus) social prescribing or social prescription (titre) ET systematic review

- Epistemonikos "social prescribing" OU "social prescription" ET "systematic review", titre et résumé
- Google Scholar "social prescribing" OU "social prescription" ET "systematic review", titre

Démarche de sélection

Les revues systématiques repérées au moyen des stratégies de recherche ci-dessus ont été analysées indépendamment par deux auteures (IKS, MCA) au niveau 1 (titres et résumés) et au niveau 2 (texte intégral) en fonction des critères d'inclusion décrits ci-dessus. Nous avons analysé également les études primaires citées dans chaque revue incluse et nous avons vérifié s'il s'agissait de publications évaluées par les pairs ou d'études/évaluations non publiées. Nous avons ensuite procédé à une autre analyse des études primaires aux niveaux 1 et 2 afin de déterminer si elles répondaient à nos critères d'inclusion.

Démarche de collecte des données

Nous avons extrait les renseignements suivants pour chaque revue : auteur, année de publication, questions et objectifs de la revue systématique, population, contexte, données sociodémographiques, résumé des constatations et mesures ou instruments de mesure des résultats. Nous avons également comparé les revues pour vérifier si les mêmes études primaires y figuraient, afin de mieux cerner la contribution des données aux résultats. Pour chaque étude primaire évaluée par les pairs, nous avons extrait les renseignements suivants : auteur, année de publication, population, contexte, intervention de prescription sociale, données descriptives et données sur les résultats. À cette étape, l'une des auteures (IKS ou MCA) a extrait les données des études dans Covidence et Excel et deux autres auteures (EE et HA) ont passé en revue et confirmé les résultats extraits. En cas de divergence entre réviseuses, une troisième auteure participant à la revue (AC) a pris la décision finale.

Démarche de tri

Nous avons extrait les données relatives aux résultats quantitatifs de chaque étude primaire et les avons triés en fonction d'une taxonomie publiée¹³, cette dernière ayant été choisie car elle a été élaborée en vue de la détermination d'ensembles de résultats fondamentaux. La taxonomie

originale comporte cinq grands thèmes : décès, volets physiologique et clinique, répercussions sur la vie, utilisation des ressources et événements indésirables. Ces grands thèmes se subdivisent en 38 catégories ou domaines. Deux auteures (IKS, MCA) ont trié les résultats de façon indépendante, en fonction des grands thèmes et des domaines, conformément aux lignes directrices incluses dans la taxonomie¹³, avec deux modifications : 1) nous avons remplacé le domaine « résultats psychiatriques » par « santé mentale » au sein du thème « volets physiologique et clinique » et 2) nous avons fait du domaine « prestation de soins » un thème à part entière.

L'une des auteures (MCA) a créé le premier tableau à partir des résultats triés à l'étape précédente et toutes les autres auteures (IKS, EE, HA, AC) ont revu ce tableau. Nous avons également analysé et comparé les résultats extraits en utilisant le cadre commun des résultats de la prescription sociale du NHS [NHS Social Prescribing Common Outcomes Framework]¹⁴. Ce cadre comporte quatre thèmes principaux : les effets sur la personne (contrôle et bien-être, activité physique, gestion des activités de la vie quotidienne, relations), les effets sur les groupes communautaires (confiance, effets de l'accueil des demandes de services, effets de la prescription sociale, modification du nombre de bénévoles, capacité du secteur bénévole et soutien nécessaire), les effets sur le système de santé et de services sociaux (visites de fournisseurs, médicaments, « moral du personnel des groupes de médecine générale et des autres organismes responsables de l'aiguillage » [traduction]¹⁴, p. 30) et les autres activités de collecte de données (demandes de services, « surveillance de l'égalité»¹⁴, p. 31, contacts avec les agents de liaison, satisfaction)¹⁴. Enfin, en ce qui concerne les instruments extraits, nous avons relevé les propriétés de mesure pour une population similaire (adultes vivant dans la collectivité) lorsque c'était possible.

Évaluation des revues systématiques et des études primaires

Nous avons utilisé l'outil d'évaluation critique du JBI¹⁸ pour analyser les revues systématiques incluses dans notre synthèse. Pour chaque étude primaire, nous avons comparté les résultats présentés à l'un des critères proposés dans l'extension de 2020 des recommandations CONSORT

(Consolidated Standards of Reporting Trials) pour les résultats²⁰ : « Point 6a.8. Fournir une description des instruments d'étude utilisés pour évaluer le résultat (p. ex. questionnaires, tests de laboratoire) ainsi que la fiabilité, la validité et la sensibilité au changement dans une population similaires à celle de l'échantillon de l'étude » [traduction]^{20,p. 2254}. Nous avons analysé chaque étude pour repérer ce terme dans la publication : il pouvait s'agir d'une déclaration selon laquelle un instrument était valide, fiable ou sensible au changement ou bien de la présentation d'une référence ou d'une statistique de mesure. Nous avons également analysé les données sociodémographiques extraites de chaque étude primaire en fonction des critères proposés dans le cadre PROGRESS-Plus²¹ : âge, genre/sexe, ethnicité/culture/langue/race, scolarité, profession, lieu de résidence, religion, capital social et statut socio-économique.

Méthodes de synthèse

Nous avons effectué une synthèse narrative, avec compilation et tri d'une liste de résultats et d'instruments figurant dans les revues et les études primaires.

Biais potentiels de la revue

Nous avons tenu compte des biais tout au long de notre démarche. Tout d'abord, nous avons tenté d'éviter les biais potentiels en suivant des procédures normalisées, en enregistrant notre protocole et en le mettant à jour. Nous avons prévu la marche à suivre en cas de conflit d'intérêt : si l'une des auteures de notre revue avait participé à la rédaction d'une revue ou d'une étude primaire incluse, une autre auteure, qui n'était pas en conflit d'intérêt, devrait se charger de l'évaluation de la revue.

L'équipe était composée de stagiaires et de chercheuses, et deux des coauteures possédaient une formation clinique. Notre équipe était composée d'adultes d'âges variés, allant du début de l'âge adulte jusqu'à un âge assez avancé. Les membres de l'équipe avaient déjà l'expérience de plusieurs méthodologies de recherche et les auteures qui connaissaient bien les revues systématiques ont encadré les moins expérimentées. Il est à noter qu'aucune des auteures n'avait fait directement l'expérience de la prescription sociale telle qu'elle est définie dans ce travail de recherche.

Nous sommes conscientes du fait qu'en n'incluant que les études évaluées par les pairs, nous avons pu créer un biais de publication. Cette décision visait à pouvoir cerner et évaluer la présentation des mesures de résultats au sein d'études qui suivent habituellement les lignes directrices normalisées pour la présentation des résultats (comme CONSORT 2020 ou d'autres lignes directrices, en fonction des plans d'étude). Toutefois, en écartant la documentation non publiée, nous avons pu passer à côté de certains résultats, en particulier en ce qui a trait à la mise en œuvre de programmes (par exemple les résultats d'une évaluation de processus).

Résultats

Sélection des études

Après deux cycles d'analyse aux niveaux 1 et 2, nous avons inclus 10 revues systématiques (figure 1A) et 33 études primaires (figure 1B).

Caractéristiques des revues systématiques (n = 10)

Six revues systématiques avaient été produites au Royaume-Uni^{10,22-26}, tandis que les quatre autres provenaient respectivement du Canada⁸, de l'Allemagne²⁷, de l'Irlande²⁸ et du Portugal²⁹. Une synthèse des revues systématiques est présentée dans le tableau 1, avec les objectifs de l'étude et le nombre d'études primaires incluses. Plusieurs revues systématiques n'ont pas rendu compte des données descriptives sur les participants^{10,25,26}, sans doute car l'information n'était pas disponible dans un certain nombre d'études primaires correspondantes.

Presque toutes les revues visaient à obtenir un portrait de l'effet général ou de l'incidence de la prescription sociale. Certaines d'entre elles rendaient compte de critères plus précis, comme la prescription sociale dans un espace géographique particulier (Royaume-Uni)^{10,23}, ou portaient spécialement sur la solitude^{24,26}, la santé mentale²³, les soins primaires^{8,22,29} ou les aînés⁸. Une revue était axée sur les interventions de prescription sociale qui utilisaient une approche de coconception ou de coproduction²⁵. La revue effectuée par Vidovic et de ses collaborateurs²⁶ donne une vue d'ensemble des résultats utilisés relativement à quatre mesures clés de la prescription sociale : la solitude, l'isolement social, le bien-être et le sentiment d'appartenance.

Les revues systématiques mentionnaient invariablement des résultats positifs, mais les données probantes étaient limitées en raison de la petite taille des échantillons et de problèmes d'ordre méthodologique liés aux études primaires (tableau 1). La plupart des revues systématiques faisaient état de la variabilité des mesures de résultats^{10,22,23,25,26,28,29}.

Caractéristiques des études primaires (n = 33)

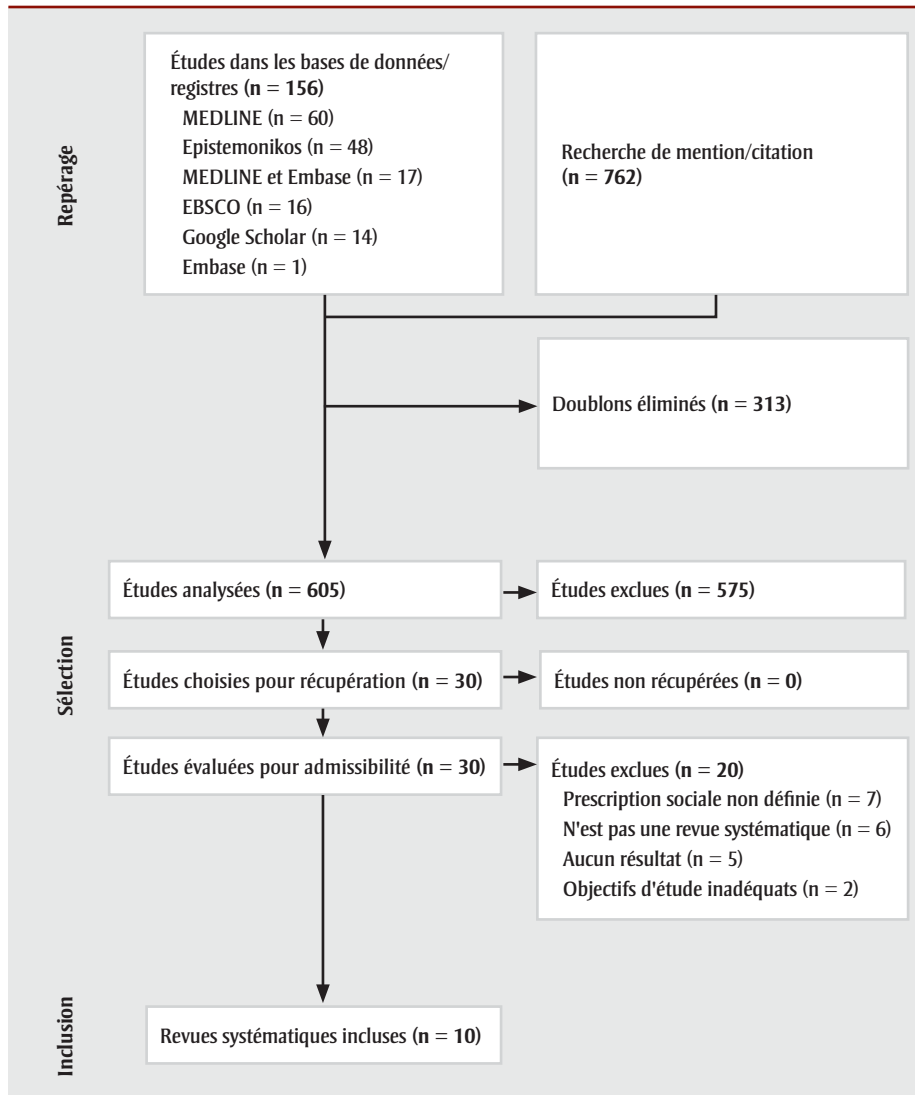
Le tableau 2 fournit un aperçu des 33 études primaires. En tout, 29 études (88 %) ont été menées au Royaume-Uni, 3 études en Australie³⁰⁻³² et 1 en Corée du Sud³³. Les études ont été publiées entre 2008 et 2022, plus spécifiquement 19 d'entre elles (58 %) à partir de 2019, soit avant la publication de la définition de la prescription sociale par Muhl et ses collaborateurs en 2023³. Quatre études³⁴⁻³⁷ portaient sur « l'art sur ordonnance », un volet qui s'inscrit dans « l'offre générale de prescription sociale des milieux de soins de santé primaires » [traduction]^{37, p.1}. Deux études portaient sur les prescriptions muséales^{7,38}. Deux études^{39,40} se fondaient sur l'approche de la guérison sociale, selon laquelle « les identités sociales peuvent améliorer la santé/le bien-être par la mise à disposition de ressources psychologiques » [traduction]^{40, p. 387}. Nous avons constaté un chevauchement des études incluses dans les 10 revues systématiques : plus de la moitié (19; 58 %) des études primaires figuraient dans plusieurs revues, soit respectivement dans deux^{7,30,35,36,40-43}, trois^{7,44-47}, quatre⁴⁸⁻⁵⁰, cinq^{39,51} ou six revues⁵².

Évaluation des méthodes de revue systématique et de la présentation des instruments

La plupart des revues systématiques étaient conformes aux critères d'évaluation critique du JBI¹⁸, toutes les revues sauf deux^{24,26} ayant obtenu un score de 8 ou plus (sur un total possible de 11 points). La question (de l'outil du JBI) qui a reçu le plus grand nombre de réponses « non » ou « impossible à déterminer » portait sur la présentation de la question de recherche selon le format PICO. La plupart des études primaires n'ont pas fourni de renseignements détaillés sur les propriétés fondamentales de mesure des instruments. La validité est demeurée la propriété la plus souvent mentionnée ou référencée^{7,30-34,36,37,41-44,47,48,50,51,53-59}, suivie de la fiabilité^{6,33,36,38,42,43,48,53,54,57} et de la sensibilité au

FIGURE 1
Diagramme de flux PRISMA pour la métarevue (A) et les études individuelles (B)

A. Métarevue



Suite à la page suivante

changement^{37,42,45,60}. Peu d'études fournissaient des éléments d'information précis du type d'une statistique de mesure (par exemple alpha de Cronbach ou kappa).

Résultats de la synthèse

Catégorisation des résultats

Les instruments extraits fournissaient, dans bon nombre de cas, une mesure des résultats rapportés par les patients (MRRP) et étaient axés sur le bien-être, mais le nombre et les types de résultats utilisés étaient variables. On trouvait également certaines mesures de l'expérience rapportée par les patients (MERP; par exemple la satisfaction). La figure 2 et le tableau 3 fournissent un aperçu des résultats et des éléments d'information issus des études

primaires. Presque tous les grands thèmes de la taxonomie étaient représentés, hormis le décès, mais la plupart des domaines incluait les instruments dans quelques études seulement (comme le fonctionnement physique ou, plus spécifiquement, l'activité physique), à quelques exceptions près. En fait, plus de la moitié des études primaires ont utilisé au moins l'un de six instruments de mesure du bien-être, mais beaucoup n'ont utilisé que l'un des deux instruments de mesure des résultats suivants : l'échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)^{32,34-37,42-45,47,51,53} et la version courte de la WEMWBS^{41,54,55,60,61}. De nombreuses études incluait les capacités cognitives dans leurs critères d'inclusion, mais seulement deux études^{56,62} ont mentionné un instrument associé. L'échelle

WEMWBS vise malgré tout à représenter « le bien-être au sens large, y compris [...] les dimensions cognitives et évaluatives » [traduction]^{63, p. 2}. Une seule étude a fait état d'événements indésirables (résultats non intentionnels)⁵⁶. Le tableau 4 dresse la liste des instruments relevés dans les études primaires, accompagnés d'une description et de certaines propriétés de mesure.

Comme l'a montré la comparaison des résultats extraits (tableau 3) en fonction du cadre commun des résultats de la prescription sociale du NHS¹⁴, la plupart des catégories figuraient dans une ou plusieurs des études primaires. Nous avons observé que les aidants naturels, les bénévoles et les groupes de bénévoles étaient mentionnés dans de nombreuses études primaires^{32,33,38,41,52,54,56,57,61}. Deux études primaires^{54,56} incluait les aidants naturels dans la collecte de données, mais nous n'avons pas trouvé de mesures précises évaluant l'expérience des bénévoles ni d'information liée aux résultats sociaux ou financiers, malgré leur inclusion dans le cadre du NHS. Il est à noter que seules six études primaires^{46,50,52,53,57,58} – toutes publiées avant 2020 – ont fait état de l'activité physique (un autre élément mentionné dans le cadre du NHS). Cependant, le cadre du NHS¹⁴ date de juin 2020 et concerne le système de santé et des services sociaux du Royaume-Uni, ce qui fait que ce ne sont donc pas toutes les études primaires incluses qui ont suivi ce cadre comme ligne directrice, en raison du lieu d'étude (ailleurs qu'au Royaume-Uni) ou de la date de publication, dans la mesure où seules 13 études (39 %) ont été publiées en 2020 ou ultérieurement.

Données sociodémographiques

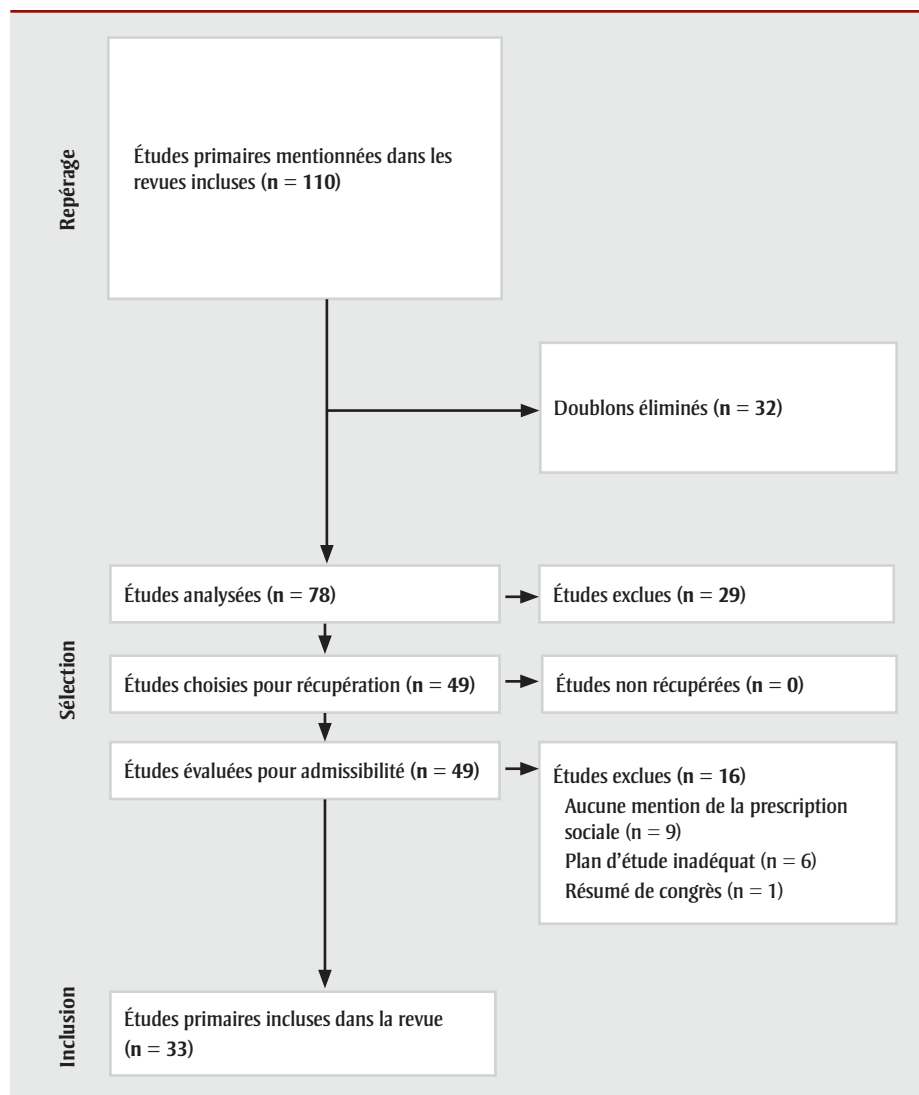
L'information présentée était variable selon les différentes études primaires (n = 33). Toutes sauf deux^{59,61} indiquaient l'âge et le sexe ou le genre des participants. Treize ont recueilli de l'information sur l'ethnicité, la culture, la langue ou la race^{7,30,39,41-43,47,48,52-54,57,58}, 12 faisaient état de la profession ou du statut vis-à-vis de l'emploi^{30,35-37,39,42,46,48,50,52,58,60}, 7 rendaient compte du statut socio-économique (d'après le lieu de résidence)^{34-37,50,53,54}; 4 contenaient de l'information sur la scolarité^{33,40,52,58} et 4 faisaient mention de l'incapacité^{30,51,57,58}.

Analyse

Nous présentons une vue d'ensemble des résultats et des instruments utilisés dans

FIGURE 1 (suite)
Diagramme de flux PRISMA pour la méta-revue (A) et les études individuelles (B)

B. Études individuelles



Remarque : Modèle PRISMA tiré de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Int J Surgery*. 2021;88:105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>

les publications évaluées par les pairs concernant la prescription sociale chez les adultes de 18 ans et plus, et nous soulignons la variabilité du type et du nombre d'instruments utilisés dans les études. Nos constatations s'inscrivent dans la foulée de travaux antérieurs^{11,12}, qu'elles enrichissent grâce à l'analyse des résultats sélectionnés en fonction d'une taxonomie publiée¹³. Les instruments comprenaient de nombreuses MRRP ainsi que certaines MERP, avec une attention limitée portée à l'activité physique, à la cognition et aux aidants non rémunérés (comme les aidants naturels et les bénévoles) et une seule étude rendait compte des résultats non intentionnels (effets néfastes). Nous avons aussi constaté, comme dans la cartographie

systématique récente¹², un manque de données concernant l'équité. La plupart des études ne fournissaient qu'une description sommaire des participants, alors que ce type de données sert à orienter les mesures d'équité pendant l'élaboration et la prestation des programmes. En outre, notre synthèse des données probantes rappelle la nécessité d'une présentation plus complète des résultats qui tienne compte des lignes directrices²⁰ récemment élaborées en la matière. Dans l'ensemble, notre synthèse pourrait orienter les études de recherche et les évaluations de programme à venir. Elle contribuera d'ailleurs à la prochaine phase de notre démarche : la réalisation d'une étude Delphi modifiée qui fera ressortir les résultats importants

pour les personnes qui influencent la prescription sociale et celles sur qui la prescription sociale a une incidence¹⁵.

Interprétation générale

Presque tous les grands thèmes et domaines de la taxonomie figuraient dans les études primaires sur la prescription sociale, mais ce sont le bien-être et la santé mentale qui ont retenu la plus grande attention. Il convient de noter l'absence d'études mesurant l'activité physique et quotidienne pour quantifier le changement de comportement chez les participants à la suite d'une prescription. Il est toutefois possible, en raison du choix de nos critères d'inclusion, que nous ayons exclu des études axées sur l'exercice et l'activité physique dont le programme n'était pas formulé comme « prescription sociale ». Certaines études incluses portaient sur d'autres types d'activités (par exemple, arts, musées, liens) qui sont susceptibles de donner lieu à une activité physique indirecte. Cependant, les études n'indiquaient pas d'emblée la nature exacte des activités d'un programme (comme une activité physique indirecte). Si les programmes artistiques ou muséaux ne sont pas présentés comme des activités physiques, ils peuvent néanmoins offrir des occasions de bouger davantage au quotidien.

Nous avons relevé une autre lacune, se rapportant à la mesure de la cognition ou à la collecte d'information sur la cognition. Alors que plus de 20 études primaires mentionnaient des populations de 40 ans et plus, dont 9 études visant des personnes de plus de 60 ans, seules deux études ont mentionné l'utilisation d'un instrument pour évaluer directement l'impact de la prescription sociale sur la cognition^{33,56}. La santé mentale (par exemple la dépression, l'anxiété), la santé physique et la cognition sont interreliées. La dépression à un âge avancé peut augmenter le risque de démence⁶⁴ ou de fragilité⁶⁵. À l'inverse, la satisfaction à l'égard de la vie peut prévenir la diminution de certaines mesures de la cognition⁶⁶. En 2019, environ 57 millions de personnes (tous âges confondus) étaient atteintes de démence dans le monde⁶⁷, et ce chiffre devrait atteindre 152,8 millions d'ici 2050⁶⁷. Le fonctionnement cognitif et les besoins sociaux non satisfaits peuvent être interreliés, sans doute en raison des répercussions de facteurs environnementaux négatifs, comme l'insécurité alimentaire ou le manque de ressources dans le quartier⁶⁸. De plus, le

TABLEAU 1
Résumé de l'information relative aux 10 revues systématiques incluses

Auteur principal Lieu Année	Nombre de sources d'information	Nombre d'études évaluées par les pairs <i>Nombre total et études incluses dans la synthèse des résultats</i>	Ce que la revue systématique visait à déterminer	Constatations
Bickerdike ¹⁰ Royaume-Uni 2016	16 rapports 15 études	5 2 ^{48,59}	« [...] l'efficacité des programmes de prescription sociale dans le contexte du NHS au Royaume-Uni » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des études ont mis en évidence des constatations positives • Les études incluses présentaient des limites méthodologiques, dont la présence de facteurs potentiels de confusion • « [l']absence d'outils de mesure normalisés et validés » (p. 15)
Cooper ²³ Royaume-Uni 2022	17 rapports 13 études	13 14 ^{7,34-41,43,45,46,52,57}	« [...] l'efficacité et les principes actifs des interventions de prescription sociale ciblant la santé mentale au Royaume-Uni » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats positifs dans 12 études sur 13 • Limites méthodologiques avec taux d'attrition élevés • « [...] variabilité substantielle des mesures des résultats » (p. 11)
Costa ²⁹ Portugal 2021	13 études	13 11 ^{36,39,43,45-52}	« [R]éperer et résumer les données probantes concernant l'efficacité de la PS auprès de la population adulte desservie par les milieux de soins de santé primaires. » (p. 3)	<ul style="list-style-type: none"> • 8 études sur 10 ont fait état de résultats positifs en matière de bien-être physique ou psychologique • Les données ne permettent pas d'établir l'efficacité de la PS • « D'autres études sont requises si l'on veut mettre en place des outils de mesure des résultats adéquats et normalisés » (p. 14)
Kiely ²⁸ Irlande 2022	9 rapports 8 études	9 2 ^{50,52}	« [...] les effets sur la santé et les coûts du personnel de liaison en prescription sociale [...] en milieu communautaire, en particulier pour les personnes touchées par la multimorbidité et la défavorisation sociale » (p. 1)	<ul style="list-style-type: none"> • La revue a seulement montré que la prescription sociale pourrait améliorer l'état de santé auto-évalué. • « [...] le degré global de certitude des données probantes se rapportant aux résultats examinés, lequel était faible ou très faible pour la plupart des résultats. » (p. 11) • « [...] les résultats inclus et la manière dont ils étaient mesurés variaient considérablement [...] » (p. 11)
Napierala ²⁷ Allemagne 2022	68 rapports 53 études	33 18 ^{30,31,35,38,39,41,42,44,45,47-52,55,58,60}	« [...] l'efficacité de la PS comme moyen de renforcer le soutien psychosocial selon une perspective internationale » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Les essais non contrôlés ont donné des résultats positifs • Des facteurs de confusion et d'autres sources de biais ont pu influencer les données probantes • « Les résultats les plus fréquemment étudiés relèvent des domaines de la santé mentale et du bien-être, de la solitude, de la qualité de vie, de la santé générale, de l'auto-efficacité et de l'utilisation des soins de santé. » (p. 8)
Percival ⁸ Canada 2022	7 études	7 7 ^{7,33,44,49,51,54,56}	« [...] l'effet de la prescription sociale chez les aînés dans le contexte des soins primaires » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> • « La prescription sociale a eu certains effets positifs sur les résultats physiques et psychosociaux (par exemple, la participation sociale, le bien-être) » (p. 1) • Limites signalées en lien avec la méthodologie (plan d'étude, petite taille des échantillons, données manquantes) • Les mesures de résultats portaient sur les résultats physiques et psychosociaux et l'utilisation des ressources en santé.
Pescheny ⁴⁶ Royaume-Uni 2019	16 études	7 4 ^{48,49,51,52}	« [...] les résultats des programmes de prescription sociale fondés sur les soins primaires et la participation d'intervenants-pivots » (p. 664)	<ul style="list-style-type: none"> • « Les données existantes ne concordent pas en ce qui concerne l'amélioration de la santé et du bien-être, des comportements liés à la santé, de la perception de soi et du fonctionnement quotidien. » (p. 670) • « [...] la qualité de la majorité des études incluses était médiocre [...] avec peu de données sur le nombre de participants et la perte de suivi, une stratégie d'échantillonnage non exhaustive et un manque d'information sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. » (p. 670) • « Bien que nous ayons constaté que les études s'intéressent à des résultats similaires, les outils utilisés pour mesurer ces résultats varient d'une étude à l'autre. » (p. 670)

Suite à la page suivante

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

TABLEAU 1 (suite)
Résumé de l'information relative aux 10 revues systématiques incluses

Auteur principal Lieu Année	Nombre de sources d'information	Nombre d'études évaluées par les pairs <i>Nombre total et études incluses dans la synthèse des résultats</i>	Ce que la revue systématique visait à déterminer	Constatations
Reinhardt ²⁴ Royaume-Uni 2021	9 études	2 1 ³⁹	« [...] l'incidence des programmes de prescription sociale (PS) sur la solitude chez les participants et dans la population » (p. 204)	<ul style="list-style-type: none"> « Les modèles de prescription sociale conçus pour s'attaquer à la solitude ont été en grande partie jugés utiles par les participants et les fournisseurs de services » (p. 211) « Il est difficile de tirer des conclusions en raison de la variabilité et de la rareté des données et de l'absence de comparaisons avec des groupes témoins » (p. 211) « Nous démontrons un écart entre la conception et l'évaluation des interventions de prescription sociale, et nous mettons en lumière l'absence d'évaluation de l'impact sur les services sociaux. Nous constatons également l'absence de consensus quant à l'impact que devrait avoir une approche axée sur la personne comme la prescription sociale. » (p. 12)
Thomas ²⁵ Royaume-Uni 2021	8 études	8 1 ⁶¹	« [...] les interventions de PS qui mènent à des améliorations du bien-être par une démarche de coconception et de coproduction avec les collectivités ; les obstacles et les éléments qui facilitent l'élaboration d'interventions de PS seront aussi examinés » (p. 3)	<ul style="list-style-type: none"> « Dans les études incluses, les résultats relatifs au bien-être comprenaient une augmentation de la confiance, de l'autonomisation et de la capacité d'autogestion des maladies, ainsi qu'une réduction de l'isolement social. » (p. 10) « Toutes les études incluses étaient de faible qualité. » (p. 11) Données manquantes (p. ex. durée de l'étude et nombre de participants) « [...] les méthodes de collecte de données étaient différentes dans chaque étude. » (p. 11)
Vidovic ²⁶ Royaume-Uni 2021	51 études	33 13 ^{30,32,38-40,42,44,46,47,50-53}	« [...] incidence de la PS sur la solitude, l'isolement social, le bien-être et le sentiment d'appartenance [...] aux niveaux individuel, systémique et communautaire. » (p. 1)	<ul style="list-style-type: none"> « [...] la majorité des études comprises dans ce rapport indiquent un changement à la suite d'une intervention de prescription sociale, mais pas forcément un changement attribuable à l'intervention de prescription sociale. » (p. 14) « Compte tenu du petit nombre d'études qui établissent la causalité, les conclusions concernant l'incidence de la prescription sociale sont, au mieux, provisoires. » (p. 14) « [...] variabilité des types de mesures utilisées à l'égard des quatre résultats [...] » (p. 11) « [...] nous recommandons de normaliser la mesure et la collecte des données pour contribuer à la production de données probantes solides, fiables et rigoureuses. » (p. 14)

Remarque : Les citations ont été traduites librement.

Abréviations : NHS, National Health Service; PS, prescription sociale.

TABLEAU 2
Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Aggar ³⁰ Australie 2020	Analyse rétrospective des données avant et après l'intervention	Adultes et aînés 18 à 65 ans	175	<ul style="list-style-type: none"> Programme de prescription sociale de 12 semaines avec des agents de liaison Services sociaux; inscription à des activités sociales et thérapeutiques : art et artisanat, yoga et relaxation, hippothérapie, groupes sociaux
Aggar ³¹ Australie 2021	Étude exploratoire, longitudinale et quantitative	Adultes et aînés 18 à 65 ans	13	<ul style="list-style-type: none"> 10 semaines; avec la participation d'un travailleur social en santé mentale Groupe d'art et d'artisanat dirigé par un artiste/instructeur
Bird ⁵³ Royaume-Uni 2019	Méthodes mixtes	Adultes atteints d'affections de longue durée (diabète de type 2, prédiabète ou hypertension) et inactifs 18 à 70 ans et plus	602	<ul style="list-style-type: none"> Programme de 12 semaines impliquant un omnipraticien, le gestionnaire du programme d'activités et des spécialistes de l'exercice qui exécutent le programme Intervention liée à l'activité physique
Carnes ⁵² Royaume-Uni 2017	Méthodes mixtes avec un groupe témoin apparié	Clientèle des cabinets de médecine générale qui requiert des consultations fréquentes ou qui est socialement isolée	486	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à six séances L'omnipraticien dirigeait la personne vers le coordinateur de la prescription sociale, qui cocréait un plan d'action assorti d'objectifs de bien-être Parfois, des demandes de services communautaires ont été faites Soutien par des bénévoles de la prescription sociale
Crone ³⁴ Royaume-Uni 2013	Étude d'observation avec suivi longitudinal prospectif	Adultes Âge moyen (écart-type) : 54 (16) ans	157	<ul style="list-style-type: none"> Programme artistique de 10 semaines (poésie, céramique, dessin, mosaïque, peinture) Aiguillage par un omnipraticien ou un autre fournisseur Dans une clinique de médecine générale ou un emplacement communautaire
Crone ³⁵ Royaume-Uni 2018	Étude d'observation avec suivi longitudinal prospectif	Adultes Âge moyen (écart-type) : 51,2 (15,9) ans	818	<ul style="list-style-type: none"> Programme artistique de 10 semaines (poésie, céramique, dessin, mosaïque, peinture) Aiguillage par un omnipraticien ou un autre fournisseur Dans une clinique de médecine générale ou un emplacement communautaire
Elston ⁴⁴ Royaume-Uni 2019	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes et aînés ayant au moins deux affections de longue durée > 50 ans	Avant l'intervention : 1046 Après l'intervention : 82	<ul style="list-style-type: none"> Démarche de 12 semaines axée sur les forces, avec des coordonnateurs (agents de liaison) Omnipraticien ou autres personnes/services à l'origine de la demande de services Accompagnement, défense des intérêts, orientation et accès aux services de santé, sociaux et économiques locaux
Foster ⁴¹ Royaume-Uni 2021	Méthodes mixtes, processus simultané	Personnes souffrant ou risquant de souffrir de solitude Âge moyen (écart-type) : 65,5 (19,3) ans	2250	<ul style="list-style-type: none"> Service de prescription sociale de 12 semaines; recommandations de toutes sources et soutien d'agents de liaison Aide permettant d'accéder aux activités et ressources communautaires
Giebel ⁵⁴ Royaume-Uni 2021	Comparaison avant et après l'intervention	Personnes ayant reçu un diagnostic de démence (indépendamment du sous-type et de l'âge) et aidants naturels Âge moyen (écart-type) : 74,0 (8,0) ans	25	<ul style="list-style-type: none"> Aiguillage par un psychiatre ou un omnipraticien Collaboration avec l'organisme local (Trust) du NHS, les cliniques, le conseil, le groupe de mise en service clinique, d'autres organisations, les aidants non rémunérés s'occupant des personnes atteintes de démence et les intervenants-pivots spécialisés en démence Cours de 60 minutes offerts de façon permanente dans les centres communautaires Activités variées : exercices à faible impact, promenades dans les environs, tai-chi, techniques de relaxation, pleine conscience, jeux, etc. Évaluation après 3 et 6 mois

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Grayer ⁴⁸ Royaume-Uni 2008	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes ayant un problème psychosocial Âge moyen (écart-type) : 43,1 (14,6) ans	75	<ul style="list-style-type: none"> • Aiguillage par l'équipe de soins primaires • Des travailleurs diplômés agissant à titre d'intervenants en santé mentale dans un contexte de soins primaires ont rencontré les patients pour cerner leurs besoins et les diriger vers des ressources communautaires • Évaluation après 3 mois
Holt ⁴² Royaume-Uni 2020	Multiniveaux, mesures répétées	Adultes atteints d'anxiété et de dépression Âge moyen : 47 ans	66	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers d'art sur ordonnance de 12 semaines • Sous la direction d'un artiste et d'un prestataire de soins de santé
Howarth ⁵⁵ Royaume-Uni 2020	Étude de cas	Adultes et aînés Entre 30 et 85 ans La plupart des personnes avaient plus de 60 ans.	9	<ul style="list-style-type: none"> • 12 semaines, prescription sociale axée sur la nature • Aiguillage sur des activités de jardinage • Contexte favorisant la croissance, la réflexion et les rencontres
Jones ⁵⁷ Royaume-Uni 2013	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes et aînés répondant à au moins un des critères suivants : problèmes de santé mentale légers, problèmes de santé chroniques, faible niveau d'activité physique, problèmes de santé liés à l'alimentation, faibles revenus ou isolement social Tranche d'âge : 18 à 70 ans et plus	687	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de 10 organismes communautaires (sur 15) offrant des activités variées : loisirs, exercice, cuisine, socialisation, art et artisanat • Activités de groupe réparties en séances de 2 heures par blocs de 10 semaines • Accès direct, organisme de soins de santé ou autre organisme • L'évaluation de référence a eu lieu entre le 1^{er} et le 3^e mois, et le suivi entre le 4^e et le 6^e mois
Jones ⁵⁶ Royaume-Uni 2020	Comparaison avant et après l'intervention	Participants de 55 ans et plus, leur famille, le personnel, le NHS et l'administration locale Âge moyen (écart-type) : 73,8 (8,9) ans	66	<ul style="list-style-type: none"> • Health Precinct, un partenariat avec un conseil de santé et la santé publique • Plan de 16 semaines axé sur des objectifs d'exercice physique, avec la contribution du personnel paramédical ou infirmier • Voie d'aiguillage commune par le biais d'un programme d'exercice ou de réadaptation cardiaque • Activités visant à encourager la participation sociale et l'activité physique
Kellezi ³⁹ Royaume-Uni 2019	Méthodes mixtes avec enquête longitudinale	Omnipraticiens, personnel soignant, usagers > 29 ans	630	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'une approche de « guérison sociale » (effet de l'appartenance à un groupe sur la vie sociale, la santé et le bien-être) • Patients dirigés par les omnipraticiens; rencontre avec un coach de santé; les agents de liaison mettent en contact les patients avec des groupes sociaux • Évaluations réalisées à 4 mois d'intervalle
Kim ³³ Corée du Sud 2021	Comparaison avant et après l'intervention	Aînés de plus de 65 ans Âge moyen (écart-type) : 82,0 (5,9) ans	10	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'une séance hebdomadaire pendant 10 semaines : musicothérapie, groupe d'entraide et jardinage • Examen par un médecin de santé publique • Deux coordonnateurs de programme ont assisté aux séances
Kimberlee ⁵⁸ Royaume-Uni 2016	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes 36 à 40 ans	70	<ul style="list-style-type: none"> • Aiguillage par les omnipraticiens locaux • Définition conjointe des objectifs par la personne et le personnel • Accès à des ressources communautaires • Programme offert sur une base permanente, mais les évaluations ont eu lieu à l'admission et après 3 mois

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Loftus ⁴⁹ Royaume-Uni 2017	Étude d'amélioration de la qualité	Aînés (65 ans et plus) chez qui une maladie chronique exige des consultations fréquentes en médecine générale ou la prise de plusieurs médicaments Âge moyen (écart-type) : 72,1 (6,8) ans	28	<ul style="list-style-type: none"> Programme de 12 semaines Patients dirigés par les omnipraticiens vers un coordonnateur de la prescription sociale Variété d'activités : clubs sociaux, counseling, programmes artistiques, prévention des chutes, cours d'exercices, etc.
Maughan ⁵⁹ Royaume-Uni 2016	Étude d'observation	Adultes ayant un trouble mental	55	<ul style="list-style-type: none"> Objectif d'établir des liens entre les soins primaires et les services communautaires Durée du programme de 6 à 18 mois (jusqu'à 20 rencontres) Exercice de cartographie des actifs pour déterminer les ressources avec sensibilisation à la santé mentale et au changement du mode de vie
Mercer ⁵⁰ Royaume-Uni 2019	Essai clinique randomisé par grappes quasi expérimental	Adultes de plus de 18 ans Âge moyen (écart-type) : 49,0 (16,0) ans 56,0 (15,0) ans	214	<ul style="list-style-type: none"> Le coordinateur/l'agent de liaison communautaire fait le lien entre les milieux de soins (omnipraticiens et personnel infirmier à l'origine de la demande de services) et les organismes communautaires Intervention en fonction des besoins Questionnaire initial et questionnaire de suivi 9 mois plus tard
Morton ⁴⁵ Royaume-Uni 2015	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes Âge moyen (écart-type) : 52,0 (11,0) ans	136	<ul style="list-style-type: none"> L'aiguillage des participants a surtout été fait par les fournisseurs de soins de santé et, dans certains cas, par des organismes de bienfaisance ou d'autres personnes ou organismes Ensemble d'activités gratuites (méditation, art et artisanat, etc.)
Peschery ⁴⁶ Royaume-Uni 2019	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes recevant des soins primaires Âge moyen (écart-type) : 51,2 (15,7) ans	56	<ul style="list-style-type: none"> 12 séances de programmes gratuits généralement organisés par des organismes du secteur bénévole et communautaire Patients dirigés par un omnipraticien vers un intervenant-pivot Services proposés : conseils, activités physiques, jardinage, activités sociales, gestion du stress et activités créatives
Peschery ⁶⁰ Royaume-Uni 2021	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes recevant des soins primaires Âge moyen (écart-type) : 50,3 (16,8) ans	68	<ul style="list-style-type: none"> 12 séances de programmes gratuits généralement organisés par des organismes du secteur bénévole et communautaire Patients dirigés par un omnipraticien vers un intervenant-pivot Services proposés : conseils, activités physiques, jardinage, activités sociales, gestion du stress et activités créatives
Poulos ³² Australie 2019	Comparaison avant et après l'intervention	Aînés (65 ans et plus) Âge moyen (écart-type) : 78,1 (8,0) ans	127	<ul style="list-style-type: none"> Cours d'art sur ordonnance (6 à 8 participants par cours) une fois par semaine pendant 8 à 10 semaines Aiguillage par un professionnel de la santé Présence d'un préposé en soins communautaires ou d'un bénévole pendant chaque cours pour aider les participants et les artistes Cours offerts : arts visuels, photographie, danse et mouvement, théâtre, chant et musique
Sumner ³⁶ Royaume-Uni 2020	Étude de cohorte	Adultes Âge moyen (écart-type) : 51,1 (15,9) ans	1297	<ul style="list-style-type: none"> Intervention d'art sur ordonnance de 8 à 10 semaines Aiguillage par des omnipraticiens ou d'autres fournisseurs Cours offerts : arts créatifs comme la peinture, la céramique, l'écriture théâtrale et la mosaïque

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Sumner ³⁷ Royaume-Uni 2021	Étude de cohorte	Adultes Âge moyen (écart-type) : 50,5 (15,7) ans	245	<ul style="list-style-type: none"> Intervention d'art sur ordonnance de 2 cycles de 8 semaines Aiguillage par des omnipraticiens ou d'autres fournisseurs Cours offerts : arts créatifs comme la peinture, la céramique, l'écriture théâtrale et la mosaïque
Swift ⁶¹ Royaume-Uni 2017	Étude de cas	Patients recevant des soins primaires	> 5000	<ul style="list-style-type: none"> Programme de pratiques de bien-être communautaire Aiguillage par des omnipraticiens Intervenants-pivots communautaires et période de contact allant jusqu'à 12 mois Accès à des cours de formation, à des groupes thématiques et de loisirs et à des occasions de bénévolat
Thomson ⁷ Royaume-Uni 2018	Mesures répétées	Aînés à risque de solitude et d'isolement social 65 à 94 ans	115	<ul style="list-style-type: none"> 10 séances hebdomadaires de programmes muséaux Aiguillage par des organismes de santé et de services sociaux et des organismes du secteur bénévole et communautaire
Thomson ³⁸ Royaume-Uni 2020	Méthodes mixtes, devis séquentiel exploratoire	Usagers des services de santé mentale pour adultes 44 à 70 ans Âge moyen : 53 ans	46	<ul style="list-style-type: none"> 10 séances hebdomadaires Aiguillage par des partenaires communautaires (personnel infirmier en santé mentale) Activités horticoles extérieures et activités créatives intérieures axées sur la nature Activités animées par un spécialiste de l'horticulture, un professeur d'arts et un bénévole du musée
van de Venter ⁴³ Royaume-Uni 2015	Méthodes mixtes avec comparaison avant et après l'intervention	Personnes ayant des problèmes de santé mentale légers ou modérés 27 à 73 ans Âge moyen : 43 ans	44	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'art sur ordonnance de 20 semaines 4 groupes animés par des artistes dans des cabinets de médecine générale ou des centres communautaires Activités incluses : peinture, textiles, musique, photographie et film
Vogelpoel ⁵¹ Royaume-Uni 2014	Méthodes mixtes	Aînés ayant des déficiences sensorielles 61 à 95 ans Âge moyen : plus de 80 ans	12	<ul style="list-style-type: none"> Programme de 12 semaines pour les personnes ayant des déficiences sensorielles Aiguillage par des omnipraticiens Programme d'ateliers d'arts appliqués Animation par un spécialiste en arts visuels et tactiles Options de transport visant à faciliter les déplacements (transport communautaire, taxis, autobus et services de transport)
Wakefield ⁴⁰ Royaume-Uni 2022	Étude longitudinale multiméthode	Adultes atteints d'une affection de longue durée ou ayant fait état d'un sentiment d'isolement, de solitude ou d'anxiété 17 à 85 ans Âge moyen (écart-type) : 52,7 (14,8) ans	63	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'une approche de « guérison sociale » (effet de l'appartenance à un groupe sur la vie sociale, la santé et le bien-être) Patients dirigés par les omnipraticiens; rencontre avec un coach de santé; les agents de liaison mettent en contact les patients avec des groupes sociaux Évaluation initiale et suivi après 6 à 9 mois
Woodall ⁴⁷ Royaume-Uni 2018	Méthodes mixtes	Adultes et aînés 16 à 94 ans Âge moyen (SD) : 53,1 (18,0) ans	342	<ul style="list-style-type: none"> Programme de six séances; la plupart des participants l'ont terminé après 16 semaines (moyenne : 10 semaines) Accès direct ou aiguillage par des omnipraticiens ou des fournisseurs de soins de santé, de services sociaux ou d'autres services connexes Les coordonnateurs ont fourni des renseignements sur les groupes et les services locaux

Abréviation : NHS, National Health Service.

FIGURE 2
Aperçu des résultats et des éléments d'information relevés dans les études primaires, répartis selon la taxonomie publiée

Volets physiologique et clinique	Répercussions sur la vie	Prestation de soins	Utilisation des ressources
Résultats généraux <ul style="list-style-type: none"> • Santé générale • Nombre de maladies chroniques et répercussions • Douleur 	Fonctionnement physique <ul style="list-style-type: none"> • Fragilité • Activité physique 	Adhésion <ul style="list-style-type: none"> • Adhésion • Achèvement 	Aspects économiques <ul style="list-style-type: none"> • Impact environnemental • Consultations en médecine générale <ul style="list-style-type: none"> ◦ Au domicile ◦ En personne ◦ Par téléphone • Rendement social de l'investissement
Santé mentale <ul style="list-style-type: none"> • Anxiété • Dépression • Détresse • Santé mentale générale • Humeur 	Fonctionnement social <ul style="list-style-type: none"> • Appartenance • Amitiés • Groupes sociaux • Participation sociale 	Satisfaction des patients et des soignants <ul style="list-style-type: none"> • Attentes • Avantages perçus • Satisfaction 	Hôpital <ul style="list-style-type: none"> • Consultations à l'urgence • Hospitalisations
Métabolisme et nutrition <ul style="list-style-type: none"> • Composition corporelle • Dépenses énergétiques 	Fonctionnement relatif aux rôles <ul style="list-style-type: none"> • Travail 	Processus, mise en œuvre et résultats des services <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs associés à la mise en œuvre • Aiguillage 	Besoin d'examen plus poussés <ul style="list-style-type: none"> • Aiguillage dans la collectivité • Services de santé et services sociaux • Médicaments
Appareil locomoteur et tissu conjonctif <ul style="list-style-type: none"> • Force musculaire 	Fonctionnement émotionnel/bien-être <ul style="list-style-type: none"> • Solitude • Auto-efficacité • Estime de soi • Perception de soi • Bien-être 		Fardeau sociétal des aidants <ul style="list-style-type: none"> • Soutien social
	Fonctionnement cognitif <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage cognitif 		
	Qualité de vie globale <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de vie 		
	État de santé perçu <ul style="list-style-type: none"> • État de santé • Capacités 		Événements indésirables <ul style="list-style-type: none"> • Résultats non intentionnels
	Situation personnelle <ul style="list-style-type: none"> • Besoins • Statut socioéconomique 		

Source de la taxonomie publiée : Dodd S, Clarke M, Becker L, Mavergames C, Fish R, Williamson PR. A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery. J Clin Epidemiol. 2018;96:84-92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.020>

TABLEAU 3
Résultats extraits des études primaires, classés selon la taxonomie publiée, par grand thème et par domaine, avec l'instrument et l'étude primaire de référence

Thèmes	Domaines			
	Résultats généraux (n = 4)	Santé mentale (n = 9)	Métabolisme et nutrition (n = 2)	Appareil locomoteur et tissu conjonctif (n = 1)
Aspects physiologiques et cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Fardeau de la multimorbidité⁵⁰ Santé générale⁵² Nombre/présence de maladies chroniques^{33,35,37,52} Échelle de la douleur³⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> Échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies (CES-D-7)⁵⁷ Échelle de dépistage du trouble d'anxiété généralisée à 7 items (GAD-7)^{37,58} Échelle de dépression gériatrique, version coréenne (GDS-K)³³ Questionnaire sur l'état de santé général à 12 items (GHQ-12)⁴⁸ Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)^{45,50,52} Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10)^{30,31} Questionnaire sur la santé des patients, version à 9 items (QSP-9)^{58,61} Questionnaire sur la santé des patients, version à 8 items (QSP-8)³⁷ Échelle d'évaluation de l'humeur, version courte⁴² 	<ul style="list-style-type: none"> IMC^{53,57} Dépenses énergétiques⁴⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> Force musculaire⁵³
	Répercussions sur la vie	Fonctionnement physique (n = 6) <ul style="list-style-type: none"> Fragilité³² General Practitioner Physical Activity Questionnaire (GPPAC)⁵⁷ Questionnaire international sur l'activité physique (IPAQ)^{46,53,58} Nombre d'activités créatives, liées au mode de vie ou régulières^{32,50,52} Participation à des activités sportives⁵³ Échelle de fragilité clinique de Rockwood (RCFS)⁴⁴ 	Fonctionnement social (n = 4) <ul style="list-style-type: none"> Sentiment d'appartenance à la communauté^{39,40} Échelle de l'amitié⁵⁸ Nombre de groupes sociaux^{39,40} Échelle de participation sociale³³ 	Fonctionnement relatif aux rôles (n = 3) <ul style="list-style-type: none"> Capacité à travailler³⁰ Emploi rémunéré³¹ Échelle d'adaptation relative aux activités sociales et au travail^{48,50}

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Résultats extraits des études primaires, classés selon la taxonomie publiée, par grand thème et par domaine, avec l'instrument et l'étude primaire de référence

Thèmes	Domaines			
Répercussions sur la vie (suite)	Fonctionnement cognitif (n = 2) <ul style="list-style-type: none"> • Test de dépistage des déficits cognitifs à 6 items (6CIT)⁵⁶ • Mini-examen de l'état mental, version coréenne (K-MMSE)³³ 	Qualité de vie globale (n = 1) <ul style="list-style-type: none"> • Instrument de mesure de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé à 26 items (WHOQOL-BREF)^{30,31} 	État de santé perçu (n = 4) <ul style="list-style-type: none"> • EuroQoL-5 Dimensions (EQ-5D)^{30,31,40,47,50,56,61} • Indice de santé générale (GHS)⁵² • Investigating Choice Experiments for the Preferences of Older People Capability (ICE-CAP A)⁵⁰ • Measure Yourself Medical Outcome Profile 2 (MYMOP2)⁵² 	Situation personnelle (n = 2) <ul style="list-style-type: none"> • Indice de défavorisation multiple (IMD)^{34-37,46,50,52,54,60} • Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P)^{30,31}
	Adhésion/observance (n = 2) <ul style="list-style-type: none"> • Présence^{32-36,38,43,46,53,54,56,58} • Achèvement^{34,35,55} 	Satisfaction des patients et des soignants (n = 5) <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire sur la satisfaction des clients⁴⁸ • Attentes³⁰ • Avantages perçus³² • Satisfaction à l'égard du programme^{30,33,35,47,52,57,61} • Satisfaction à l'égard du soutien social³⁰ 	Processus, mise en œuvre et résultats des services (n = 12) <ul style="list-style-type: none"> • Acceptabilité⁴⁸ • Adoption⁵³ • Évaluation des liens communautaires⁴⁸ • Mise en œuvre⁵³ • Atteinte des objectifs⁴⁴ • Maintien du programme⁵³ • Portée⁵³ • Source d'aiguillage (provenance de la recommandation)^{30,32,34,35,39,41,44,45,52,57} • Raison de l'aiguillage^{34-37,42,43,49,53,55,56,60} • Type d'aiguillage (initial ou subséquent à un autre aiguillage)^{34,35,37} • Engagement dans le programme^{34,35,50,52,57} • Prise en compte des recommandations^{34,35,49,50,56} 	
Prestation de soins	Aspects économiques (n = 6) <ul style="list-style-type: none"> • Impact environnemental⁵⁹ • Consultations d'omnipraticiens^{39,47-49,52,58,59} • Visites à domicile d'omnipraticiens⁴⁹ • Appels téléphoniques d'omnipraticiens^{39,49} • Utilisation des soins de santé³⁰ • Rendement social de l'investissement^{41,56,58} 	Hôpital (n = 2) <ul style="list-style-type: none"> • Consultations à l'urgence^{44,52} • Hospitalisations³¹ 	Nécessité d'autres interventions (n = 7) <ul style="list-style-type: none"> • Services communautaires de physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers⁴⁴ • Aiguillage dans la communauté^{44,48} • Aiguillage des cas complexes⁴⁴ • Aiguillage par des omnipraticiens^{52,59} • Services de santé et services sociaux⁵⁶ • Ordonnances de médicaments^{48,49,52,59} • Demande de consultation en santé mentale⁴⁸ 	Fardeau sociétal et des aidants (n = 1) <ul style="list-style-type: none"> • Soutien social⁴⁰
Utilisation des ressources	Événements indésirables (n = 1) <ul style="list-style-type: none"> • Résultats non intentionnels⁵⁶ 			
Événements indésirables				

Source de la taxonomie publiée : Dodd S, Clarke M, Becker L, Mavergames C, Fish R, Williamson PR. A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery. J Clin Epidemiol. 2018;96:84-92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.020>

Abréviations : IMC, indice de masse corporelle; ONS, Office for National Statistics (Royaume-Uni); UCLA, Université de Californie, Los Angeles.

TABEAU 4
Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Test de dépistage des déficits cognitifs à 6 items (6CIT) ⁷⁸	Outil de dépistage cognitif rapide	« [I] correspond bien au MMSE [mini-examen de l'état mental] et constitue donc une mesure valide de la déficience cognitive. Le 6CIT est particulièrement utile pour l'identification des formes légères de démence; sa sensibilité n'est que d'environ 80 %, mais reste nettement supérieure à celle du MMSE, qui se situe entre 50 % et 65 % selon le seuil appliqué. » ^{78, p. 938-939}
Répercussions de la multimorbidité ⁷⁹	Mesure du fardeau de la maladie en fonction des maladies chroniques autodéclarées ⁷⁹ « [...] les répondants choisissaient parmi une liste de 21 maladies chroniques courantes et pouvaient ajouter des problèmes de santé qui ne figuraient pas dans la liste. Ils évaluaient chaque maladie sur une échelle de cinq points allant de 1 (n'entrave « aucunement » les activités quotidiennes) à 5 (entrave « beaucoup » les activités quotidiennes). Le score total représentant le degré de morbidité était donc la somme des maladies pondérée par le degré d'entrave attribué à chacune d'elles » ^{79, p. 2-3}	« [L]a validation en fonction des dossiers médicaux a révélé une sensibilité médiane de 75 % (plage de 35 % à 100 %) par rapport à l'examen des dossiers considéré comme "étalon de référence", tandis que la spécificité médiane atteignait 92 % (plage de 61 % à 100 %) [...] » ^{79, p. 3}
Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P) ⁸⁰	« Instrument destiné à l'évaluation des besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale graves » ^{80, p. 114}	« Le CANSAS-P s'est révélé comparable à son prédécesseur en ce qui concerne la détection des besoins et supérieur pour l'identification des domaines problématiques sur le plan de la réponse des patients; sa fiabilité test-retest était bonne, en particulier pour les besoins non satisfaits, et les évaluations de la part des patients étaient généralement positives. » ^{80, p. 113}
Outil de mesure Campaign to End Loneliness ⁸¹	Comprend trois questions formulées d'un point de vue positif au sujet des amitiés et des relations	« Une analyse de fiabilité a révélé une excellente cohérence interne de l'échelle, avec un coefficient alpha de Cronbach = 0,901 » ^{81, p. 3;82}
Échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies (CES-D-7) ⁸³	Instrument de 20 items permettant d'évaluer les symptômes de dépression (sommeil, appétit et solitude) ressentis au cours de la semaine écoulée ⁸⁴	« La cohérence interne, la fiabilité test-retest et la validité étaient élevées pour tous les groupes de sexe et d'âge [...] » ^{84, p. 283}
Questionnaire sur la satisfaction des clients ⁸⁵	Questionnaire de 8 items sur la satisfaction d'une personne à l'égard du programme ou du service reçu	« Il présente un degré élevé de cohérence interne et est corrélé avec les estimations des thérapeutes concernant la satisfaction des clients. » ^{85, p. 204} « Dans cette étude, le coefficient alpha de l'échelle était de 90 lorsque les clients répondaient au questionnaire après leur premier contact avec les services (n = 213) et de 94 lors d'un suivi effectué après 90 jours auprès des mêmes clients (n = 113). En revanche, il a été observé que les relations entre le CSQ et les mesures de résultats n'étaient que modérées ou faibles après un intervalle de suivi très bref ou à court terme. » ^{85, p. 205}
Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) ⁸⁶	Instrument de 34 items portant sur le bien-être subjectif, les symptômes, le fonctionnement et le risque ⁸⁶	« La fiabilité interne et la fiabilité test-retest étaient bonnes (0,75 à 0,95), tout comme la validité convergente par rapport à sept autres instruments, avec de grandes différences entre les échantillons cliniques et non cliniques et une bonne sensibilité au changement. » ^{86, p. 51}
EuroQoL-5 Dimensions (EQ-5D) ⁸⁷	Cet instrument comporte deux éléments : 1) les participants doivent évaluer (échelle 1 à 5) cinq domaines de la santé (mobilité, autonomie de la personne, activités courantes, douleurs/gêne et anxiété/dépression) et 2) une échelle visuelle analogique pour l'auto-évaluation de la santé : 0 (pire santé) à 100 (meilleure santé)	« L'EQ-5D-5L est un instrument générique qui fournit une description fiable et valide de l'état de santé dans un grand nombre de populations et de contextes. L'évaluation de la sensibilité au changement, en particulier, doit faire l'objet d'un examen approfondi plus rigoureux. Des plafonds plutôt importants subsistent dans les échantillons de la population générale en raison de la conceptualisation de l'instrument EQ-5D, qui se concentre sur les limitations fonctionnelles et les symptômes et n'inclut pas les aspects positifs de la santé comme l'énergie ou le bien-être » ^{88, p. 668}

Suite à la page suivante

TABEAU 4 (suite)
Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé à 7 items (GAD-7) ⁸⁹	Échelle d'auto-évaluation de l'anxiété généralisée comprenant 7 items ⁸⁹	« La cohérence interne de l'échelle GAD-7 était excellente (α de Cronbach = 0,92). La fiabilité test-retest était également bonne (corrélation intraclasse = 0,83). » ^{89, p. 1094} ; « Il y avait une forte association entre l'augmentation des scores de gravité selon l'échelle GAD-7 et l'observation d'une détérioration fonctionnelle sur les 6 échelles SF-20. » ^{89, p. 1094} « L'outil GAD-7 semble être particulièrement utile pour évaluer la gravité des symptômes et suivre leur évolution au fil du temps, bien que sa sensibilité au changement doit encore être évaluée dans le cadre d'études de traitement. » ^{89, p. 1095}
Questionnaire sur l'état de santé général à 12 items (GHQ-12) ⁹⁰	Le GHQ-12 à 12 items sert à dépister les problèmes de santé mentale généraux (non psychotiques) chez les usagers des soins primaires ⁹⁰ .	« Fiabilité : L'alpha de Cronbach du GHQ-12 était de 0,76 pour la notation bimodale (0-0-1-1), ce qui indique une cohérence interne satisfaisante. » ^{91, p. 7} « Les coefficients de validité du GHQ-12 [...] étaient généralement élevés, l'aire moyenne sous les courbes ROC étant de 0 ± 88 , avec un intervalle assez étroit [...]. » ^{90, p. 194}
General Practitioner Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) ⁹²	Quatre questions sur l'activité physique effectuée par semaine au cours de l'année précédente en lien avec travail, l'exercice et l'exercice vigoureux et le nombre d'escaliers montés	« La répétabilité de l'indice d'activité physique était élevée (kappa pondéré = 0,6; $p < 0,0001$). Il y avait des associations positives entre l'indice d'activité physique déterminé au moyen du questionnaire et les mesures objectives du rapport entre la dépense d'énergie diurne et le taux métabolique au repos ($p = 0,003$), ainsi que de la condition cardiorespiratoire ($p = 0,001$). » ^{92, p. 407}
Échelle d'autoefficacité généralisée (GSE) ⁹³	Échelle de 10 items pour mesurer « la force de la croyance d'une personne en sa capacité de réagir à des situations nouvelles ou difficiles et de faire face aux obstacles ou revers connexes. » ^{93, p. 35}	« Des valeurs élevées de cohérence interne [...] de 0,82 à 0,93 » ^{93, p. 35} ; « La validité concourante [a été établie relativement à] l'estime de soi (0,52). » ^{93, p. 36}
Échelle d'autoefficacité généralisée (GSE), version coréenne ⁹⁴		« L'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle GSE version coréenne est de 0,81. » ^{94, p. 844} « L'analyse factorielle exploratoire a révélé deux facteurs importants : l'adaptation et la confiance. Cependant, l'alpha de Cronbach était de 0,54 pour la sous-échelle de la confiance, ce qui dénote un manque de fiabilité. Par conséquent, il est conseillé d'utiliser soit l'échelle GSE complète (version coréenne), soit la sous-échelle de l'adaptation seule. » ^{94, p. 851}
Échelle de dépression gériatrique, version coréenne (GDS-K) ⁶²	Test de dépistage de la dépression à 30 items pour les aînés en milieu communautaire et clinique	« Le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle GDS-KR était de 0,90 et la fiabilité test-retest était de 0,91 ($p < 0,01$). » ^{62, p. 232}
Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS) ⁹⁵	Échelle d'auto-évaluation comptant 16 items (8 concernant l'anxiété et 8 concernant la dépression) à l'intention des cliniques de consultation externe	« L'alpha de Cronbach se situait entre 0,68 et 0,93 (moyenne de 0,83) pour l'HADS-A et entre 0,67 et 0,90 (moyenne de 0,82) pour l'HADS-D » ^{96, p. 69} . « Les corrélations entre l'HADS et d'autres questionnaires couramment utilisés étaient comprises entre 0,49 et 0,83. » ^{96, p. 69}
Investigating Choice Experiments for the Preferences of Older People Capability (ICE-CAP A) ⁹⁷	Mesure fondée sur l'approche des capacités, laquelle s'intéresse essentiellement à « l'évaluation de l'avantage individuel correspondant à la capacité d'une personne de réaliser les "fonctionnements" qu'elle juge importants dans sa vie » ^{98, p. 2} . Cinq domaines mesurés : « la stabilité ("sécurité"), l'attachement ("amour, amitié et soutien"), l'autonomie ("indépendance"), l'accomplissement ("accomplir et progresser") et la joie ("joie et plaisir"). » ^{98, p. 3}	« La fiabilité des questions sur les capacités, compte tenu du niveau supérieur de variabilité inhérente, se situe entre 0,52 (autonomie) et 0,61 (stabilité). La fiabilité des questions sur l'état de santé est un peu plus élevée, se situant entre 0,60 (activités habituelles) et 0,79 (mobilité). » ^{99, p. 627} « Nous avons constaté que la fiabilité d'une mesure simple de la capacité des adultes (l'ICECAP-A) était légèrement inférieure à celle d'une mesure courante du fonctionnement relatif à la santé (l'EQ-5D-3L), mais qu'elle n'était pas manifestement influencée par l'âge, le sexe ou l'éducation. » ^{99, p. 628}

Suite à la page suivante

TABEAU 4 (suite)
Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Questionnaire international sur l'activité physique (IPAQ) ¹⁰⁰	Mesure autodéclarée de l'activité physique. « L'objectif était d'élaborer une mesure autodéclarée de l'activité physique adaptée à l'évaluation des niveaux d'activité physique de la population dans les différents pays. » ^{100, p. 1381}	« Dans l'ensemble, les questionnaires de l'IPAQ ont produit des données reproductibles (coefficients de corrélation de Spearman regroupés autour de 0,8), et les données obtenues étaient comparables entre les questionnaires longs ou abrégés. La validité de critère avait un rho médian d'environ 0,30, ce qui était comparable à la plupart des autres études de validation de mesures autodéclarées. » ^{100, p. 1381}
Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10) ¹⁰¹	Instrument de dépistage de la détresse psychologique non spécifique à 10 items	« Il existe une association significative entre les scores sur l'échelle K10 et les scores au GHQ et au SF-12, qui mesurent respectivement les symptômes et l'incapacité, ainsi qu'entre le score K10 et le nombre de consultations pour un problème mental au cours des 12 derniers mois. Ces constatations étayaient la validité de l'échelle K10 comme mesure de la détresse psychologique. » ^{101, p. 496-497}
Mini-examen de l'état mental, version coréenne (K-MMSE) ¹⁰²	Traduction du mini-examen de l'état mental, un outil de dépistage de 30 questions pour les troubles cognitifs	« La sensibilité du K-MMSE était de 48,7 %, avec une spécificité de 89,9 %. La proportion de résultats faussement positifs et négatifs atteignait 10,1 % et 51,2 %, respectivement. De plus, la valeur prédictive positive du K-MMSE était de 87,1 %, tandis que la valeur prédictive négative était de 55,6 % ». ^{102, p. 177}
Measure Yourself Medical Outcome Profile 2 (MYMOP2) ¹⁰³	Mesure courte et générique de la santé d'un patient. Les répondants doivent indiquer et évaluer un ou deux symptômes et « une activité de la vie quotidienne pour laquelle ils sont venus chercher de l'aide et qui, selon eux, à la plus grande incidence sur leur vie ». ^{103, p. 28}	« L'indice de sensibilité relativement au changement cliniquement important dépassait, pour toutes les échelles MYMOP à l'exception du bien-être, le seuil de 0,8 jugé "élevé" dans les travaux antérieurs [...] L'échelle du bien-être était moins sensible au changement, mais les professionnels ont attesté son utilité clinique, particulièrement dans les cas de maladies chroniques. » ^{103, p. 1018} « La validité de l'outil MYMOP a été confirmée par sa capacité à détecter différents degrés de changement par rapport aux scores de changement et dans les affections aiguës et chroniques, et par ses corrélations avec les scores du SF-36. Même si le recours à un suivi par la poste, non lié au suivi clinique, est venu brouiller l'analyse de l'utilité clinique, les entrevues ont fourni des renseignements importants sur l'effet de l'utilisation de l'instrument pendant la consultation. » ^{103, p. 1018}
Museum Well-being Measure for Older Adults (MWM-OA) ^{104,105}	« Mesure axée sur les musées permettant d'évaluer les effets positifs sur le bien-être qu'entraîne la participation à des événements et à des activités dans les musées et les galeries ». ^{104, p. 44}	La fiabilité de cohérence interne a été établie pour les émotions positives ($\alpha = 0,81$) et négatives ($\alpha = 0,82$). « La comparaison des différences prétest-posttest a révélé des changements très significatifs, notamment des augmentations des scores positifs et des diminutions des scores négatifs, avec des tailles d'effet modérées à fortes. » ^{105, p. 29}
Patient Activation Measure (PAM) ¹⁰⁶	Mesure de l'activation à 13 ou 22 items, axée sur les connaissances, les compétences et la conviction d'une personne quant à sa capacité de gérer sa santé et ses soins de santé	« Les évaluations de la PAM à 22 items à l'aide des données d'un échantillon national montrent un niveau élevé de fiabilité, avec des valeurs de la statistique <i>infit</i> allant de 0,71 à 1,44. Toutes les statistiques <i>outfit</i> , sauf une, se situent entre 0,80 et 1,34. » ^{106, p. 1020} « Les résultats démontrent largement la validité de construit de la PAM. Une activation élevée est associée de manière significative avec la déclaration d'une meilleure santé, mesurée par le SF 8 ($r = 0,38, p < 0,001$), et avec des taux inférieurs de consultations médicales, de visites aux urgences et de nuits d'hospitalisation ($r = -0,07, p < 0,01$). » ^{106, p. 1021}

Suite à la page suivante

TABEAU 4 (suite)

Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Questionnaire sur la santé des patients, version à 9 items (QSP-9) ¹⁰⁷	Questionnaire de 9 items sur la dépression, tiré de la version complète du QSP, pour « diagnostiquer selon les critères établis les troubles dépressifs et d'autres troubles mentaux couramment rencontrés en soins primaires » ^{107, p. 606} .	« La fiabilité interne du QSP-9 était excellente, avec un α de Cronbach de 0,89 dans l'étude de soins primaires du QSP et de 0,86 dans l'étude OB-GYN du QSP. » ^{107, p. 608} La fiabilité test-retest du QSP-9 était également excellente. « Un score PHQ-9 ≥ 10 avait une sensibilité de 88 % et une spécificité de 88 % pour la dépression majeure. » ^{107, p. 606}
Questionnaire sur la santé des patients, version à 8 items (QSP-8) ¹⁰⁸	Il s'agit du questionnaire QSP-9 sans la dernière question.	« La corrélation entre les scores du QSP-9 et du QSP-8 était de $r = 0,997$. La sensibilité et la spécificité du QSP-9 (54 %, 90 %) et du QSP-8 (50 %, 91 %) étaient similaires en ce qui concerne la détection de la dépression majeure. » ^{109, p. 163}
Échelle de fragilité clinique de Rockwood (CFS) ¹¹⁰	Instrument permettant aux cliniciens d'observer les patients (en faisant appel au jugement clinique), « qui évalue des domaines précis, y compris la comorbidité, le fonctionnement et la cognition, et génère un score de fragilité allant de 1 (très bonne forme physique) à 9 (en phase terminale). » ^{110, p. 1}	« La fiabilité des scores CFS rétrospectifs comparés aux scores CFS prospectifs était élevée (κ [kappa] = 0,89). » ^{111, p. 1009} ; « La précision et la fiabilité interévaluateurs de la comparaison des scores CFS rétrospectifs étaient élevées, avec des intervalles interquartiles étroits et $\kappa = 0,85$. » ^{111, p. 1009}
Échelle d'estime de soi de Rosenberg ¹¹²	Échelle de 10 items pour mesurer deux aspects de l'estime de soi (compétence perçue et valeur perçue) au moyen d'énoncés positifs et négatifs ¹¹²	« Fiabilité de cohérence interne : Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,91 pour l'ensemble de l'échantillon et allait de 0,84 (groupe des 66 ans et plus) à 0,95 (groupe des travailleurs sans emploi), avec une moyenne de 0,90. » ^{112, p. 72}
Échelle d'estime de soi de Rosenberg, version coréenne ¹¹³		« L'analyse a montré que l'item 8 était inadapté et qu'il était difficile de répondre aux items 3, 9 et 10. Une échelle de Likert en 4 points s'est révélée offrir un choix de réponses approprié, et la plupart des items fonctionnaient différemment selon qu'il s'agissait de jeunes ou de personnes âgées. Par conséquent, l'échelle d'estime de soi de Rosenberg ne convient pas à la population coréenne âgée, les critères de validité de construit n'étant pas satisfaits. » ^{113, p. 28984}
Échelle d'évaluation de l'humeur, version courte ¹¹⁴	Échelle de 6 items mesurant les changements d'humeur au cours de la journée, en particulier le calme, la valence et l'activation énergétique	« Les résultats tendent à démontrer que les trois facteurs proposés, à savoir le calme, la valence et l'activation énergétique, sont appropriés pour évaluer les fluctuations individuelles au fil du temps. Cependant, le calme et la valence ne peuvent être distingués au niveau interindividuel. De plus, les analyses ont montré que les échelles à deux items fournissent des mesures qui sont fiables aux différents niveaux et très sensibles au changement. » ^{114, p. 258}
Échelle de participation sociale ¹¹⁵	« [...] huit items évalués sur une échelle de cinq points pour mesurer le degré de participation sociale des aînés à une variété de relations interpersonnelles » ^{33, p. 5}	Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument était de 0,85 ³³ .
Soutien social ¹¹⁶	Questionnaire de 10 items pour évaluer le soutien social perçu ¹¹⁶	Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument était de 0,81 ¹¹⁶ .
South West Well-being Questionnaire (SWWBQ) ⁵⁷	« Conçu en vue de la réalisation d'évaluations avant/après, le South West Well-being Questionnaire [...] englobait plusieurs ensembles de mesures validées et originales concernant la santé générale, le bien-être social, le bien-être personnel, la mauvaise santé mentale, l'alimentation saine et l'activité physique. » ^{56, p. 1952}	« L'analyse a posteriori des données de l'étude a révélé une cohérence interne acceptable pour les échelles : 1. CES-D-7 – α de Cronbach de 0,853 au début de la participation; α de Cronbach de 0,715 au moment du suivi 2. WEMWBS-7 – α de Cronbach de 0,885 au début de la participation; α de Cronbach de 0,849 au moment du suivi 3. SWB-6 – α de Cronbach de 0,714 au début de la participation; α de Cronbach de 0,708 au moment du suivi. » ^{56, p. 1953}
Échelle d'évaluation de la solitude – UCLA (ULS-20) ¹¹⁷	Mesure en 20 items de la solitude et de l'isolement subjectifs	« La mesure présente une cohérence interne élevée (coefficient alpha = 0,96) et une corrélation test-retest de 0,73 sur une période de deux mois. La validité de construit concourante et préliminaire est indiquée par les corrélations avec les autodéclarations de la solitude actuelle et des états émotionnels connexes, et par la volonté de participer à une « clinique de solitude ». » ^{117, p. 290}

Suite à la page suivante

TABEAU 4 (suite)
Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
ULS-8 (échelle d'évaluation de la solitude – UCLA, version courte) ¹¹⁸	Version à 8 items de l'échelle d'évaluation de la solitude de l'UCLA	« La fiabilité de cohérence interne était élevée [...] alpha de Cronbach (1951) = 0,84. » ^{118, p. 74} « Un questionnaire abrégé de huit items sur la solitude (ULS-8) a été sélectionné en fonction des résultats de l'analyse factorielle exploratoire et s'est révélé être fortement corrélé avec l'ULS-20 (r = 0,91). » ^{118, p. 77}
Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) ⁶³	Mesure de 14 items sur le bien-être dans la population générale, englobant « les aspects affectifs et émotionnels, les dimensions cognitives et évaluatives et le fonctionnement psychologique » ^{63, p. 2}	« Un alpha de Cronbach de 0,89 (échantillon d'étudiants) et de 0,91 (échantillon de population) indique une certaine redondance des items de l'échelle. La WEMWBS présentait de fortes corrélations avec les autres échelles évaluant la santé mentale et le bien-être et des corrélations plus faibles avec les échelles mesurant la santé globale [...] La fiabilité test-retest après une semaine était élevée (0,83). » ^{63, p. 1}
Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh, version courte (SWEMWBS) ¹¹⁹	Version à 7 items de la WEMWBS pour mesurer le bien-être mental sous l'angle particulier du fonctionnement ¹¹⁹	« L'analyse exploratoire a montré la validité de construit et la sensibilité au changement de la SWEMWBS employée comme mesure des résultats cliniques pour les patients atteints de troubles mentaux courants en soins primaires, avec l'observation d'une corrélation inverse et d'une sensibilité comparable au changement au cours d'un traitement clinique lorsque l'échelle était comparée à deux mesures de résultats cliniques largement utilisées. » ^{119, p. 7}
Well-being Star ¹²⁰	Échelle de 7 domaines, notés chacun de 1 à 10, destinée aux personnes « ayant un problème de santé de longue durée, pour les aider à atteindre la meilleure qualité de vie possible et mesurer leurs progrès à cet égard » ^{121, p. 1}	« Cohérence interne : la cohérence interne était bonne (α de Cronbach = 0,82). » ^{121, p. 1} « Sensibilité au changement : Le test de Wilcoxon pour échantillons appariés a révélé une augmentation statistiquement significative de tous les domaines de résultats [...] La taille de l'effet était forte pour le domaine du style de vie, tandis qu'elle était modérée pour les domaines "Prendre soin de soi", "Gestion des symptômes", "Travail, bénévolat et autres activités" et "Émotions positives". La taille de l'effet était faible à modérée dans les trois autres domaines. » ^{122, p. 2}
Instrument de mesure de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la Santé (WHOQOL-BREF), version abrégée ¹²³	Mesure de la qualité de vie et de l'état de santé général, comprenant 26 questions et se voulant indépendante de la culture	« Les scores de domaine produits par le WHOQOL-BREF présentent une forte corrélation (0,89 ou plus) avec les scores de domaine du WHOQOL-100 (calculés selon une structure à quatre domaines). La validité discriminante, la validité de contenu, la cohérence interne et la fiabilité test-retest étaient bonnes en ce qui a trait aux scores de domaine du WHOQOL-BREF. » ^{123, p. 551}
Échelle d'adaptation relative aux activités sociales et au travail (WSAS) ¹²⁴	Échelle d'auto-évaluation de 5 items indiquant la capacité à fonctionner (au travail, à la maison, etc.) en rapport avec un problème déterminé (comme les effets de la santé mentale)	« La mesure α de Cronbach indiquant la cohérence interne de l'échelle se situait entre 0,70 et 0,94. La corrélation test-retest était de 0,73. Des corrélations de 0,81 et de 0,86 ont été observées entre les scores WSAS obtenus par réponse vocale interactive et ceux obtenus au cours d'entretiens avec des cliniciens. L'échelle WSAS affichait des corrélations de 0,76 et de 0,61, respectivement, avec la gravité des symptômes de dépression et des symptômes de troubles obsessionnels compulsifs. Les scores étaient sensibles aux différences entre les patients en ce qui concerne la gravité de la maladie et les changements liés au traitement. » ^{124, p. 461}

Remarque : Les citations ont été traduites librement.

déclin cognitif peut compromettre l'indépendance fonctionnelle et l'accomplissement de tâches quotidiennes simples.

Ces facteurs devraient, au minimum, être pris en compte lors de la cocréation d'un plan d'action pour répondre aux besoins non satisfaits. Dans l'idéal, il serait avantageux de voir si la participation sociale (en tant qu'objectif de la prescription sociale) pourrait atténuer les risques de déclin cognitif. Certaines activités de prescription sociale, comme les programmes axés sur les arts et les musées, peuvent encourager des activités cognitives et les activités physiques simultanément, une combinaison qui, dans d'autres recherches, s'est révélée un moyen efficace de promouvoir la santé cognitive⁶⁹. Une meilleure appréciation des capacités cognitives d'une personne pourrait faciliter la mise en relation avec le personnel de liaison, la proposition de ressources et de services communautaires et la détermination de l'efficacité de la prescription sociale.

Alors que la collecte d'information sur les bénévoles est un point important du cadre commun des résultats de la prescription sociale du NHS¹⁴, peu d'évaluations ont porté sur l'impact des aidants naturels, des bénévoles et des organisations bénévoles^{41,54,56}, malgré leur mention dans de nombreuses études primaires^{32,38,41,52,54,56,57,61}. Malgré l'importante contribution des bénévoles, tant sur le plan personnel que sur le plan économique⁷⁰, peu d'études ont été publiées sur le bénévolat et la prescription sociale, et celles qui existent portent surtout sur le bénévolat en tant qu'activité prescrite^{71,72}.

De même, les études primaires faisaient rarement mention des aidants naturels^{54,56}, qui jouent pourtant un rôle essentiel dans la prestation de soins de soutien. Le rôle d'aidant naturel comporte d'importants coûts personnels et sociaux. Les aidants s'exposent notamment à un risque élevé de problèmes de santé physique et de santé mentale entraînant une réduction de la qualité de vie⁷³. De plus, dans un rapport de 2017, la Banque Canadienne Impériale de Commerce (CIBC) estimait que les soins prodigués par les aidants coûtent 33 milliards de dollars par année aux Canadiens, si l'on inclut les coûts directs et indirects, comme les dépenses personnelles (dont le paiement d'autres fournisseurs) et les absences du travail, les femmes et les personnes à revenu moindre étant les plus

touchées⁷⁴. Compte tenu des avantages qu'offrent les bénévoles et les aidants naturels pour les personnes et la société, il est important de soutenir, d'adapter, de consigner et d'évaluer leur importante contribution aux modèles de soins de santé et de services sociaux.

L'établissement de liens est un thème central de la prescription sociale pour les personnes ayant des besoins sociaux non satisfaits, les membres de la famille, les bénévoles, les fournisseurs et les organismes communautaires. La création et le maintien de relations entre les parties intéressées dépendent entre autres d'une communication efficace et d'un lien de confiance²². On peut recourir à diverses stratégies et techniques relationnelles pour renforcer la confiance interne et interpersonnelle des gens, des fournisseurs et des équipes de mise en œuvre⁷⁵ et influencer concrètement l'adoption et la durabilité des programmes ou des pratiques cliniques⁷⁶. Nous n'avons pas trouvé de résultats en lien avec les relations, mais il est possible que ces données nous aient échappé parce qu'elles se trouvaient dans la documentation non publiée ou dans des études menées au moyen de méthodes différentes. Les recherches futures pourraient mesurer le développement, la force et la durabilité des relations chez les personnes qui reçoivent une prescription sociale et chez les personnes qui assurent, gèrent et déterminent sa mise en œuvre à l'échelle du système de soins et des secteurs.

Points forts et limites

Notre recherche offre de nombreux points forts permettant de contribuer aux dimensions scientifiques et pratiques de la prescription sociale. Néanmoins, malgré son caractère exhaustif, cette synthèse présente selon nous plusieurs limites. Tout d'abord, nous avons décidé de n'inclure que les études évaluées par les pairs qui décrivaient leur programme comme une intervention de « prescription sociale ». La prescription sociale est un modèle de soins relativement nouveau, mais des programmes similaires existent depuis plusieurs dizaines d'années. En incluant ce critère, nous avons donc exclu les études suivant ce modèle sans toutefois employer l'expression « prescription sociale ». À l'inverse, ce choix pourrait avoir mené à l'inclusion d'études sur des programmes qualifiés de « prescription sociale », mais correspondant plus ou moins précisément à la définition récemment publiée³. Dans

la cartographie systématique récente sur la prescription sociale, les auteurs soulignaient qu'il est difficile de déterminer quelles études portent sur une intervention de prescription sociale au moment de la sélection¹². Ce fut le cas dans nos revues précédentes^{8,9}, de sorte que nous avons décidé de n'inclure que les études où l'intervention avait été qualifiée de prescription sociale.

Deuxièmement, nous n'avons inclus que des études évaluées par les pairs dans notre recherche sur les résultats. Nous avons pris cette décision parce que de nombreuses revues systématiques faisaient état de données manquantes dans les études (tableau 1), et nous voulions comparer les résultats présentés dans des études primaires évaluées par les pairs, ces dernières paraissant plus susceptibles de suivre les lignes directrices sur la présentation des résultats de recherche. Nous reconnaissons que, pour cette raison, nous avons pu omettre certains résultats, d'autant plus qu'il existe de nombreuses études sur la prescription sociale dans la littérature grise.

Troisièmement, nous avons seulement inclus les résultats obtenus à l'aide de stratégies quantitatives et nous avons donc pu omettre l'information issue d'entretiens et de groupes de discussion. Malgré l'importance et la richesse des données obtenues grâce à ces méthodes, elles n'auraient pas forcément eu un effet substantiel sur nos constatations, car les études incluses dans notre revue comprenaient des résultats dans presque tous les domaines de la taxonomie. Néanmoins, les méthodes qualitatives pourraient mieux convenir à l'étude de concepts comme les liens sociaux et pourraient aider à préciser l'effet d'une intervention complexe comme la prescription sociale. Notre travail met en évidence ce qui est ou pourrait être mesuré, sans restriction quant à la façon dont le résultat ou le domaine devrait être mesuré.

Quatrièmement, notre travail est exclusivement descriptif et ne fournit aucune information sur les résultats que devrait intégrer (ou non) une évaluation portant sur les interventions de prescription sociale. Nous avons fait ce choix car nous croyons que la portée et les priorités des évaluations à venir doivent être déterminées de façon collaborative, en fonction des besoins, des préférences et de l'information pertinente. On pourra ainsi, de concert avec les parties intéressées (usagers,

familles, prestataires et décideurs), faire progresser la science et la pratique de la prescription sociale.

Conclusion

Nous reconnaissons qu'une seule étude ne peut tout mesurer, mais un ensemble de résultats fondamentaux serait utile dans le domaine. Bien que le NHS ait déjà fourni des résultats à inclure dans les évaluations de la prescription sociale¹⁴, la liste doit encore être élargie. Il va falloir également uniformiser les résultats mesurés et la manière dont nous les mesurons et fournir plus d'information lorsque nous décrivons les parties prenantes et les processus de la prescription sociale. Plus précisément, des lignes directrices tenant compte de l'équité, notamment PROGRESS-Plus²¹, pourraient servir à la description des collectivités et des personnes qui reçoivent ou qui exécutent la prescription sociale. Il sera aussi important de fournir plus d'information sur les résultats non intentionnels et sur les propriétés de mesure des instruments (fiabilité, sensibilité au changement et validité, au minimum)⁷⁷. Comme il existe maintenant une définition internationale de la prescription sociale³, il sera important de l'utiliser pour orienter les interventions et déterminer si elles y correspondent (ou non). Ce travail a pour but de susciter une réflexion et des actions en faveur du renforcement constant des fondements scientifiques et pratiques de la prescription sociale.

Remerciements

La professeure Ashe remercie le Programme des chaires de recherche du Canada pour son appui. Anna M. Chudyk remercie les Instituts de recherche en santé du Canada pour le soutien qu'ils lui ont apporté dans le cadre de la Bourse de recherche axée sur le patient – volet Transition à un rôle de chef de file, phase 2. Elham Esfandiari remercie l'Edwin S.H. Leong Centre for Healthy Aging pour la bourse postdoctorale qui lui a été accordée.

Financement

Nous remercions l'Université de la Colombie-Britannique (Health Innovation Funding Investment Award) et le Conseil de recherches en sciences humaines pour le financement de ce projet.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteures et avis

Conception : MCA, EE.

Méthodologie, analyse formelle : MCA, IKS, HA, AC, EE.

Rédaction de la première version du manuscrit : MCA, IKS.

Relectures et révisions : MCA, IKS, HA, AC, EE.

Création des tableaux et figures : MCA, IKS.

Toutes les auteures ont lu et accepté la version finale du manuscrit.

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

Références

1. Oster C, Skelton C, Leibbrandt R, Hines S, Bonevski B. Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:642. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09650-x>
2. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health.* 2022;7(5):e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
3. Muhl C, Mulligan K, Bayoumi I, Ashcroft R, Godfrey C. Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study protocol. *BMJ Open.* 2023;13(7):e070184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070184>
4. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:96. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>

5. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2022;376:e068465. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068465>
6. Dunphy K, Baker FA, Dumaresq E, et al. Creative arts interventions to address depression in older adults: a systematic review of outcomes, processes, and mechanisms. *Front Psychol.* 2018;9:2655. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02655>
7. Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM and Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Pub Health.* 2018;138(1):28-38. <https://doi.org/10.1177/1757913917737563>
8. Percival A, Newton C, Mulligan K, Petrella RJ, Ashe MC. Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Fam Med Community Health.* 2022;10(Suppl 1):e001829. <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001829>
9. Grover S, Sandhu P, Nijjar GS, et al. Older adults and social prescribing experience, outcomes, and processes: a meta-aggregation systematic review. *Public Health.* 2023;218:197-207. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.02.016>
10. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open.* 2017;7:e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
11. Polley M, Whiteside J, Elnaschie S and Fixsen A. What does successful social prescribing look like? Mapping meaningful outcomes. London (UK): University of Westminster; 2019. 61 p.
12. Sonke J, Manhas N, Belden C, et al. Social prescribing outcomes: a mapping review of the evidence from 13 countries to identify key common outcomes. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1266429. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1266429>

13. Dodd S, Clarke M, Becker L, Mavergames C, Fish R, Williamson PR. A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery. *J Clin Epidemiol*. 2018;96:84-92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.020>
14. National Health Service (NHS). Social prescribing and community-based support: summary guide. London (UK): NHS England; 2021. En ligne à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf>
15. Esfandiari E, Chudyk AM, Grover S, et al. Social Prescribing Outcomes for Trials (SPOT): protocol for a modified Delphi study on core outcomes. *PLoS One*. 2023;18:e0285182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285182>
16. Ashe MC, Esfandiari E, Mulligan K, Chudyk AC. Core outcome set protocol: Social Prescribing Outcomes for Trials (SPOT) [Internet]. Liverpool (UK): COMET Initiative; 2022 [consultation le 8 décembre 2023]. En ligne à : <https://www.comet-initiative.org/Studies/Details/2364>.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Int J Surgery*. 2021; 88:105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>
18. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, et al. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13:132-140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
19. Page MJ, Shamseer L and Tricco AC. Registration of systematic reviews in PROSPERO: 30,000 records and counting. *Syst Rev*. 2018;7:32. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0699-4>
20. Butcher NJ, Monsour A, Mew EJ, et al. Guidelines for reporting outcomes in trial reports: the CONSORT-Outcomes 2022 extension. *JAMA*. 2022;328:2252-2264. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.21022>
21. Cochrane Methods Group. PROGRESS-Plus [Internet]. London (UK): Cochrane; 2022 [consultation le 30 août 2021]. En ligne à : <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>
22. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:86. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2893-4>
23. Cooper M, Avery L, Scott J, et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12:e060214. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060214>
24. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. *Perspect Public Health*. 2021;141:204-213. <https://doi.org/10.1177/1757913920967040>
25. Thomas G, Lynch M, Spencer LH. A systematic review to examine the evidence in developing social prescribing interventions that apply a co-productive, co-designed approach to improve well-being outcomes in a community setting. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):3896. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083896>
26. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(10):5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
27. Napierala H, Krüger K, Kuschick D, Heintze C, Hermann WJ, Holzinger F. Social prescribing: systematic review of the effectiveness of psychosocial community referral interventions in primary care. *Int J Integr Care*. 2022; 22:11. <https://doi.org/10.5334/ijic.6472>
28. Kiely B, Croke A, O'Shea M, et al. Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12:e062951. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062951>
29. Costa A, Sousa CJ, Seabra PRC, et al. Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: a systematic literature review. *Sustainability*. 2021;13(5):2731. <https://doi.org/10.3390/su13052731>
30. Aggar C, Caruana T, Thomas T, Baker JR. Social prescribing as an intervention for people with work-related injuries and psychosocial difficulties in Australia. *Adv Health Behav*. 2020; 3:101-110. <https://doi.org/10.25082/AHB.2020.01.001>
31. Aggar C, Thomas T, Gordon C, Bloomfield J, Baker J. Social prescribing for individuals living with mental illness in an Australian community setting: a pilot study. *Community Ment Health J*. 2021;57:189-195. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00631-6>
32. Poulos RG, Marwood S, Harkin D, et al. Arts on prescription for community-dwelling older people with a range of health and wellness needs. *Health Soc Care Community*. 2019;27(2): 483-492. <https://doi.org/10.1111/hsc.12669>
33. Kim JE, Lee YL, Chung MA, et al. Effects of social prescribing pilot project for the elderly in rural area of South Korea during COVID-19 pandemic. *Health Sci Rep*. 2021;4:e320. <https://doi.org/10.1002/hsr2.320>
34. Crone DM, O'Connell EE, Tyson PJ, Clark-Stone F, Opher S, James DV. "Art Lift" intervention to improve mental well-being: an observational study from U.K. general practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(3):279-286. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00862.x>
35. Crone DM, Sumner RC, Baker CM, Loughren EA, Hughes S, James DV. 'Artlift' arts-on-referral intervention in UK primary care: updated findings from an ongoing observational study. *Eur J Public Health*. 2018;28(3):404-409. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky021>
36. Sumner RC, Crone DM, Baker C, Hughes S, Loughren EA, James DV. Factors associated with attendance, engagement and wellbeing change in an arts on prescription intervention. *J Public Health*. 2020;42(1):e89-e95. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz032>

37. Sumner RC, Crone DM, Hughes S, James DV. Arts on prescription: observed changes in anxiety, depression, and well-being across referral cycles. *Public Health*. 2021;192:49-55. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.12.008>
38. Thomson LJ, Morse N, Elsdon E, Chatterjee HJ. Art, nature and mental health: assessing the biopsychosocial effects of a 'creative green prescription' museum programme involving horticulture, artmaking and collections. *Perspect Public Health*. 2020;140(5):277-285. <https://doi.org/10.1177/1757913920910443>
39. Kellezi B, Wakefield JR, Stevenson C, et al. The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ Open*. 2019;9(11):e033137. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033137>
40. Wakefield JR, Kellezi B, Stevenson C, et al. Social prescribing as 'social cure': a longitudinal study of the health benefits of social connectedness within a social prescribing pathway. *J Health Psychol*. 2022;27(2):386-396. <https://doi.org/10.1177/1359105320944991>
41. Foster A, Thompson J, Holding E, et al. Impact of social prescribing to address loneliness: a mixed methods evaluation of a national social prescribing programme. *Health Soc Care Community*. 2021;29(5):1439-1449. <https://doi.org/10.1111/hsc.13200>
42. Holt NJ. Tracking momentary experience in the evaluation of arts-on-prescription services: using mood changes during art workshops to predict global wellbeing change. *Perspect Public Health*. 2020;140(5):270-276. <https://doi.org/10.1177/1757913920913060>
43. van de Venter E, Buller AM. Arts on referral interventions: a mixed-methods study investigating factors associated with differential changes in mental well-being. *J Public Health*. 2015;37(1):143-150. <https://doi.org/10.1093/pubmed/dfu028>
44. Elston J, Gradinger F, Asthana S, et al. Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e135. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000598>
45. Morton L, Ferguson M, Baty F. Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*. 2015;129(3):286-289. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.011>
46. Pescheny JV, Gunn LH, Randhawa G, Pappas Y. The impact of the Luton social prescribing programme on energy expenditure: a quantitative before-and-after study. *BMJ Open*. 2019;9(6):e026862. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026862>
47. Woodall J, Trigwell J, Bunyan AM, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):604. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3437-7>
48. Grayer J, Cape J, Orpwood L, Leibowitz J, Buszewicz M. Facilitating access to voluntary and community services for patients with psychosocial problems: a before-after evaluation. *BMC Fam Pract*. 2008;9:27. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-27>
49. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*. 2017;148:96-101. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.010>
50. Mercer SW, Fitzpatrick B, Grant L, et al. Effectiveness of community-links practitioners in areas of high socioeconomic deprivation. *Ann Fam Med*. 2019;17(6):518-25. <https://doi.org/10.1370/afm.2429>
51. Vogelpoel N, Jarrold K. Social prescription and the role of participatory arts programmes for older people with sensory impairments. *J Integr Care (Brighton)*. 2014;22:39-50. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2014-0002>
52. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):835. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2778-y>
53. Bird EL, Biddle MSY, Powell JE. General practice referral of 'at risk' populations to community leisure services: applying the RE-AIM framework to evaluate the impact of a community-based physical activity programme for inactive adults with long-term conditions. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7701-5>
54. Giebel C, Morley N, Komuravelli A. A socially prescribed community service for people living with dementia and family carers and its long-term effects on well-being. *Health Soc Care Community*. 2021;29(6):1852-1857. <https://doi.org/10.1111/hsc.13297>
55. Howarth M, Griffiths A, da Silva A, Green R. Social prescribing: a 'natural' community-based solution. *Br J Community Nurs*. 2020;25(6):294-298. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.6.294>
56. Jones C, Hartfiel N, Brocklehurst P, Lynch M, Edwards RT. Social return on investment analysis of the health precinct community hub for chronic conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):5249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145249>
57. Jones M, Kimberlee R, Deave T, Evans S. The role of community centre-based arts, leisure and social activities in promoting adult well-being and healthy lifestyles. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(5):1948-1962. <https://doi.org/10.3390/ijerph10051948>
58. Kimberlee R. What is the value of social prescribing? *Adv Soc Sci Res J*. 2016;3(3). <https://doi.org/10.14738/assrj.33.1889>
59. Maughan DL, Patel A, Parveen T, et al. Primary-care-based social prescribing for mental health: an analysis of financial and environmental sustainability. *Prim Health Care Res Dev*. 2016;17(2):114-121. <https://doi.org/10.1017/S1463423615000328>

60. Pescheny JV, Gunn LH, Pappas Y, Randhawa G. The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study. *J Public Health.* 2021;43(1):e69-e76. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz155>
61. Swift M. People powered primary care: learning from Halton. *J Integr Care (Brighton).* 2017;25(3):162-173. <https://doi.org/10.1108/jica-12-2016-0050>
62. Kim JY, Park JH, Lee JJ, et al. Standardization of the Korean version of the geriatric depression scale: reliability, validity, and factor structure. *Psychiatry Investig.* 2008;5(4):232-238. <https://doi.org/10.4306/pi.2008.5.4.232>
63. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
64. Nicolas C, Sarang K, Kaarin JA. Dementia risk estimates associated with measures of depression: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2015;5(12):e008853. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008853>
65. Soysal P, Veronese N, Thompson T, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2017;36:78-87. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.03.005>
66. Zainal NH, Newman MG. Life satisfaction prevents decline in working memory, spatial cognition, and processing speed: latent change score analyses across 23 years. *Eur Psychiatry.* 2022;65(1):e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.19>
67. Global Burden of Disease Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health.* 2022;7(2):e105-e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
68. Majoka MA, Schimming C. Effect of social determinants of health on cognition and risk of Alzheimer disease and related dementias. *Clin Ther.* 2021;43(6):922-929. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.05.005>
69. Gavelin HM, Dong C, Minkov R, et al. Combined physical and cognitive training for older adults with and without cognitive impairment: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Res Rev.* 2021;66:101232. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101232>
70. Le Conference Board du Canada. La valeur du bénévolat au Canada. Ottawa (Ontario) : Conference Board du Canada; 2018. En ligne à : <https://volunteer.ca/vdemo/Campaigns/DOCS/Value of Volunteering in Canada Conf Board Final Report FR.pdf>
71. Turk A, Tierney S, Wong G, Todd J, Chatterjee HJ, Mahtani KR. Self-growth, wellbeing and volunteering - implications for social prescribing: a qualitative study. *SSM - Qual Res Health.* 2022;2:100061. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100061>
72. Tierney S, Mahtani KR, Wong G, et al. The role of volunteering in supporting well-being - what might this mean for social prescribing? A best-fit framework synthesis of qualitative research. *Health Soc Care Community.* 2022;30(2):e325-e346. <https://doi.org/10.1111/hsc.13516>
73. Rigby H, Gubitz G, Phillips S. A systematic review of caregiver burden following stroke. *Int J Stroke.* 2009;4(4):285-292. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2009.00289.x>
74. Tal B, Mendes R. Aidants et soucis : Considérations économiques entourant les soins aux parents vieillissants. [Bulletin *En vedette*] Toronto (Ont.) : CIBC; 2017. En ligne à : https://mma.prnewswire.com/media/508960/Banque_Canadienne_Imp_riale_de_Commerce_Les_soins_aux_parents_vi.pdf
75. Metz A, Jensen T, Farley A, Boaz A, Bartley L, Villodas M. Building trusting relationships to support implementation: a proposed theoretical model. *Front Health Serv.* 2022;2:894599. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.894599>
76. Metz A, Jensen T, Farley A, Boaz A. Is implementation research out of step with implementation practice? Pathways to effective implementation support over the last decade. *Implement Res Pract.* 2022;3:26334895221105585. <https://doi.org/10.1177/26334895221105585>
77. Roach K. Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness. *JPO: J Prosthet Orthot.* 2006;18(6):P8-P12. <https://doi.org/10.1097/00008526-200601001-00003>
78. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(11):936-940.
79. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Seniors' self-reported multimorbidity captured biopsychosocial factors not incorporated into two other data-based morbidity measures. *J Clin Epidemiol.* 2009;62(5):550-557.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.002>
80. Trauer T, Tobias G, Slade M. Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P). *Community Ment Health J.* 2008;44(2):113-124. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9101-z>
81. Campaign to End Loneliness. Measuring your impact on loneliness in later life. London (UK): Campaign to End Loneliness; 2015. En ligne à : <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-Measurement-Guidance1.pdf>
82. Smith ML, Chen E, Lau CA, Davis D, Simmons JW, Merianos AL. Effectiveness of chronic disease self-management education (CDSME) programs to reduce loneliness. *Chronic Illn.* 2022;19(3):646-664. <https://doi.org/10.1177/17423953221113604>
83. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

84. Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging*. 1997;12(2):277-287. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.2.277>
85. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann*. 1979;2(3):197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
86. Evans C, Connell J, Barkham M, et al. Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry*. 2002;180:51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
87. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001;33(5):337-343. <https://doi.org/10.3109/07853890109002087>
88. Feng YS, Kohlmann T, Janssen MF, Buchholz I. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Qual Life Res*. 2021;30(3):647-673. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02688-y>
89. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
90. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-197. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004242>
91. Anjara SG, Bonetto C, Van Bortel T, Brayne C. Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: psychometrics and practical considerations. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:62. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00397-0>
92. Wareham NJ, Jakes RW, Rennie KL, et al. Validity and repeatability of a simple index derived from the short physical activity questionnaire used in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Public Health Nutr*. 2003;6(4):407-413. <https://doi.org/10.1079/PHN2002439>
93. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. Dans : Weinman J, Wright S, Johnston M (dir.). *Measures in health psychology: a user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor (UK): NFER-NELSON; 1995. p. 35-37.
94. Kim JE, Jiang YH, Dee V. Psychometric properties of General Self-Efficacy (GSE) Scale Korean Version for older Korean immigrants with diabetes: a cross-sectional study in the United States. *Nurs Rep*. 2023;13(2):844-854. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020074>
95. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
96. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69-77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
97. Coast J, Flynn T, Sutton E, et al. Investigating Choice Experiments for Preferences of Older People (ICEPOP): evaluative spaces in health economics. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(Suppl 3):31-37. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008024>
98. Mitchell PM, Al-Janabi H, Byford S, et al. Assessing the validity of the ICECAP-A capability measure for adults with depression. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):46. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1211-8>
99. Al-Janabi H, Flynn TN, Peters TJ, Bryan S, Coast J. Test-retest reliability of capability measurement in the UK general population. *Health Econ*. 2015;24(5):625-630. <https://doi.org/10.1002/hec.3100>
100. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.Mss.0000078924.61453.Fb>
101. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health*. 2001;25(6):494-497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x>
102. Kang I-W, Beom I-G, Cho J-Y, Son H-R. Accuracy of Korean-Mini-Mental Status Examination based on Seoul Neuro-Psychological Screening Battery II Results. *Korean J Fam Med*. 2016;37(3):177-181. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.3.177>
103. Paterson C, Britten N. In pursuit of patient-centred outcomes: a qualitative evaluation of the 'Measure Yourself Medical Outcome Profile.' *J Health Serv Res Policy*. 2000;5(1):27-36. <https://doi.org/10.1177/135581960000500108>
104. Thomson LJ, Chatterjee HJ. Measuring the impact of museum activities on well-being: developing the Museum Well-being Measures Toolkit. *Mus Manag Curator*. 2015;30(1):44-62. <https://doi.org/10.1080/09647775.2015.1008390>
105. Thomson LJ, Chatterjee HJ. Assessing well-being outcomes for arts and heritage activities: development of a Museum Well-being Measures Toolkit. *J Appl Arts Health*. 2014;5: 29-50. https://doi.org/10.1386/jaah.5.1.29_1
106. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. 2004;39(4 Pt 1):1005-1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>
107. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

108. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>
109. Razykov I, Ziegelstein RC, Whooley MA, Thombs BD. The PHQ-9 versus the PHQ-8—Is item 9 useful for assessing suicide risk in coronary artery disease patients? Data from the Heart and Soul Study. *J Psychosom Res.* 2012;73(3):163-168. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.06.001>
110. Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatr.* 2020;20:393. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01801-7>
111. Stille K, Temmel N, Hepp J, Herget-Rosenthal S. Validation of the Clinical Frailty Scale for retrospective use in acute care. *Eur Geriatr Med.* 2020; 11(6):1009-1015. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00370-7>
112. Sinclair SJ, Blais MA, Gansler DA, Sandberg E, Bistis K, LoCicero A. Psychometric properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: overall and across demographic groups living within the United States. *Eval Health Prof.* 2010; 33(1):56-80. <https://doi.org/10.1177/0163278709356187>
113. Lee K. An item response theory analysis of Rosenberg Self-Esteem among older Korean adults. *Curr Psychol.* 2022; 42:28984-93. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03946-7>
114. Wilhelm P, Schoebi D. Assessing mood in daily life. *Eur J Psychol Assess.* 2007;23(4):258-267. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.4.258>
115. Cho S, Yoo Y. The effects of participation in social activity on life satisfaction in low-income aged people living alone: focusing on the mediating effects of loneliness. *Korean J Gerontol Soc Welf.* 2016;71(4):35-59. <https://doi.org/10.21194/kjgsw.71.4.201612.35>
116. Haslam SA, O'Brien A, Jetten J, Vormedal K, Penna S. Taking the strain: social identity, social support, and the experience of stress. *Br J Soc Psychol.* 2005;44(Pt 3):355-370. <https://doi.org/10.1348/014466605X37468>
117. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. *J Pers Assess.* 1978;42(3):290-294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
118. Hays RD, DiMatteo MR. A short-form measure of loneliness. *J Pers Assess.* 1987;51(1):69-81. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101_6
119. Shah N, Cader M, Andrews B, McCabe R, Stewart-Brown S. Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): performance in a clinical sample in relation to PHQ-9 and GAD-7. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):260. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01882-x>
120. MacKeith J. The development of the Outcomes Star: a participatory approach to assessment and outcome measurement. *Housing Care Support.* 2011; 14(3):98-106. <https://doi.org/10.1108/14608791111199778>
121. Good A, Lamont E. Outcomes Star psychometric factsheet: Well-being Star. Brighton (UK): Triangle Consulting Social Enterprise; 2018. En ligne à : <http://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/OS-Psychometric-Factsheet-Well-being-Star.pdf>
122. Triangle Consulting Social Enterprise Ltd. Outcomes Star™ Psychometric Factsheet: Well-being Star™. Brighton (UK): Triangle Consulting Social Enterprise; 2018. En ligne à : <https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/OS-Psychometric-Factsheet-Well-being-Star-1.pdf>
123. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998;28(3): 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
124. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JM. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry.* 2002;180:461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

Recherche qualitative originale

Le rôle de la prescription d'aliments frais dans le contexte des services sociaux : une étude qualitative en Ontario (Canada)

Laura Jane Brubacher, Ph. D. (1); Matthew Little, Ph. D. (2); Abby Richter, Dt. P., M. Nutr. appl. (3,4); Warren Dodd, Ph. D. (1)

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

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



Résumé

Introduction. Les programmes de prescription alimentaire, qui font partie du mouvement de la prescription sociale, sont une stratégie de lutte contre l'insécurité alimentaire et l'alimentation sous-optimale dans les établissements de soins de santé. Ces programmes sont offerts conjointement à d'autres services sociaux, en particulier les mesures de soutien fondées sur le revenu et les programmes d'aide alimentaire, sans que les interactions entre ces programmes et les services préexistants aient été suffisamment évaluées. Cette étude, qui a été menée dans le cadre l'évaluation d'un programme de prescription alimentaire de 52 semaines intitulé Fresh Food Prescription (FFRx) (avril 2021 à octobre 2022), vise à déterminer la manière dont l'adhésion au programme a transformé l'attitude des participants envers les mesures de soutien fondées sur le revenu et les programmes d'aide alimentaire.

Méthodologie. Cette étude a été menée à Guelph (Ontario, Canada). Des entrevues individuelles (n = 23) et des entrevues de suivi (n = 10) ont été réalisées pour explorer les expériences des participants en lien avec le programme. Des données qualitatives ont été étudiées par thème au moyen d'une analyse comparative constante.

Résultats. Les participants ont décrit leur expérience du programme FFRx en relation avec les mesures de soutien fondées sur le revenu et les programmes d'aide alimentaire déjà en place. Le programme FFRx semble avoir accru leur revenu disponible pour les frais de subsistance, permis aux participants de consacrer leur revenu à d'autres besoins et réduit les sacrifices nécessaires pour répondre à leurs besoins de base. Ce programme a diminué la fréquence du recours aux autres programmes d'aide alimentaire. Certaines spécificités du programme FFRx (comme la livraison de nourriture) lui ont valu la préférence des participants par rapport aux autres mesures d'aide alimentaire.

Conclusion. À mesure que d'autres programmes de prescription alimentaire et de prescription sociale vont être mis au point, il est essentiel d'évaluer comment ces initiatives entrent en interaction avec les services déjà en place et comment elles renforcent et influencent les services sociaux en général.

Mots-clés : *prescription alimentaire, services sociaux, insécurité alimentaire, programmes d'aide alimentaire, recherche qualitative*

Points saillants

- Cette étude a permis d'explorer comment un programme de prescription alimentaire entre en interaction avec les services déjà en place.
- Les participants ont fait part de leur expérience du programme dans le cadre du recours aux mesures de soutien fondées sur le revenu et aux programmes d'aide alimentaire.
- Mesures de soutien fondées sur le revenu : le programme Fresh Food Prescription (FFRx) a permis aux participants d'optimiser leur revenu, de le consacrer à d'autres besoins et de réduire les sacrifices liés au manque de moyens financiers.
- Programmes d'aide alimentaire : le programme FFRx a réduit la fréquence du recours aux autres programmes d'aide alimentaire et il s'est révélé le premier choix des participants du fait de sa conception (accessibilité, qualité des aliments, livraison).
- À mesure que d'autres programmes de prescription alimentaire et de prescription sociale vont être développés, il faudra évaluer comment ces initiatives entrent en interaction avec les services sociaux en général et comment elles ont une influence sur ces services.

Rattachement des auteurs :

1. École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
2. École de la santé publique et des politiques sociales, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
3. Centre de santé communautaire de Guelph, Guelph (Ontario), Canada
4. The SEED, Guelph (Ontario), Canada

Correspondance : Warren Dodd, Université de Waterloo, 200, avenue University Ouest, Waterloo (Ont.) N2L 3G1; tél. : 519-888-4567 poste 46856; courriel : wdodd@uwaterloo.ca

Introduction

Les programmes de prescription alimentaire, qui s'inscrivent dans le cadre plus général du mouvement de la prescription sociale, sont une stratégie fondée sur les interactions entre le patient et son soignant visant à réduire l'insécurité alimentaire et l'alimentation sous-optimale dans les établissements de soins de santé^{1,2}. Les programmes de prescription alimentaire permettent aux fournisseurs de soins primaires d'identifier un grand nombre de patients admissibles et de leur prescrire des aliments sains qui sont subventionnés ou gratuits. Pour être admissibles aux programmes de prescription alimentaire, les patients doivent en général être en situation d'insécurité alimentaire et présenter une maladie chronique liée à l'alimentation³. Dans de nombreux cas, il est possible de se procurer des aliments sains avec une carte ou un bon échangeable contre divers produits alimentaires. De nombreux programmes de prescription alimentaire offrent des mesures de soutien complémentaires, comme l'accès à un diététiste ou un nutritionniste et un soutien au développement de la littératie alimentaire⁴. Des évaluations antérieures de programmes de prescription alimentaire ont révélé que la participation à ce type de programme est associée à une augmentation de la consommation de fruits et de légumes et à une diminution de l'insécurité alimentaire⁵⁻⁸.

Il est largement établi que le fait d'avoir un faible revenu est un déterminant important de l'insécurité alimentaire et que les bienfaits à long terme de ces programmes seront limités si on ne traite pas en amont le problème des revenus inadéquats des participants⁹. Malgré ces critiques, les programmes de prescription alimentaire font l'objet d'un soutien public et politique croissant, qui stimule l'intérêt et l'enthousiasme à l'égard de la création de nouveaux programmes de ce type partout en Amérique du Nord³. Dans de nombreuses collectivités, les programmes de prescription alimentaire constituent une nouvelle stratégie d'aide alimentaire qui s'inscrit dans le contexte général déjà en place d'une aide sociale qui englobe une variété de services sociaux, dont les mesures de soutien fondées sur le revenu et les programmes d'aide alimentaire. En raison des critères d'admissibilité associés à un grand nombre de programmes de prescription alimentaire, il est vraisemblable que les personnes qui y ont accès

aient recours ou soient admissibles à un éventail d'autres services et programmes d'aide alimentaire et sociale dans leur collectivité.

Les évaluations antérieures des programmes de prescription alimentaire ont principalement porté sur les expériences des participants et sur les résultats associés aux programmes en soi⁴, peu d'entre elles ayant porté sur les interactions entre, d'une part, les programmes de prescription alimentaire et, d'autre part, les mesures de soutien fondées sur le revenu et les programmes d'aide alimentaire (qui, dans la plupart des cas, existaient avant les programmes de prescription alimentaire à l'étude). Plus spécifiquement, à la lumière des critiques dirigées contre les programmes de prescription alimentaire, il est important d'évaluer l'influence éventuelle (et ses caractéristiques) de la participation à un programme de prescription alimentaire sur les attitudes des participants envers les autres mesures de soutien fondées sur le revenu et programmes d'aide alimentaire et leur utilisation de ces dernières.

Cette étude a été menée dans le cadre d'une évaluation du programme de prescription alimentaire de 52 semaines intitulé Fresh Food Prescription (FFRx), qui a été offert à Guelph (Ontario, Canada). L'étude visait à déterminer comment l'adhésion à un programme de prescription alimentaire avait influencé les relations et les attitudes des participants ainsi que leur utilisation des mesures de soutien fondées sur le revenu et des programmes d'aide alimentaire. Nous avons pour objectif général de souligner comment l'adhésion à un nouveau programme de prescription alimentaire pouvait avoir une influence sur l'attitude des participants envers l'utilisation d'autres services sociaux. Les résultats de cette étude pourraient être pertinents pour d'autres initiatives de prescription, car il est important d'évaluer la croissance et le développement de ces initiatives dans le contexte plus général de l'aide sociale.

Méthodologie

Approbation par un comité d'éthique

Cette étude a été approuvée sur le plan de l'éthique par les comités d'éthique de l'Université de Waterloo (n° de certificat : 44233), de l'Université de Guelph (n° de certificat : 19-06-040) et de l'Université de Victoria (n° de certificat : 21-0060).

Contexte de l'étude

L'étude a été menée à Guelph (Ontario, Canada). Les données de 2017 et 2018 indiquent que 13,9 % des ménages de Guelph étaient en situation d'insécurité alimentaire, soit une proportion plus élevée que les moyennes à l'échelle provinciale (13,3 %) et nationale (12,7 %) durant la même période¹⁰. De nombreux programmes d'aide alimentaire existent à Guelph, en particulier une banque alimentaire, des services alimentaires communautaires et des organismes sans but lucratif offrant de l'aide alimentaire d'urgence (dont Hope House Guelph et l'Armée du salut)¹¹⁻¹³. Certains ménages en situation d'insécurité alimentaire sont admissibles à des programmes d'aide sociale provinciaux, dont le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) et L'Ontario au travail (OT)^{14,15}. Ces deux programmes versent tous les mois des prestations d'aide financière aux résidents de l'Ontario qui sont en manque d'argent. Le montant, qui est déterminé en fonction des conditions de vie (taille de la famille, besoins médicaux, etc.), comprend une allocation-logement et de l'argent pour les besoins de base, dont la nourriture.

Cette étude relève de l'évaluation du programme de prescription alimentaire de 52 semaines Fresh Food Prescription (FFRx) mené en partenariat avec The SEED (<https://theseedguelph.ca/>). The SEED est un programme d'accès à la nourriture offert par le Centre de santé communautaire (CSC) de Guelph pour réduire l'insécurité alimentaire et favoriser le changement dans les systèmes alimentaires dans le comté de Wellington. Les participants ont été dirigés vers le programme FFRx par leur fournisseur de soins du CSC puis ont fait l'objet d'une évaluation visant à déterminer leur admissibilité. Pour être admissibles, les participants devaient être considérés en situation d'insécurité alimentaire (selon une question filtre sur la sécurité alimentaire provenant du Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages¹⁶) et présenter au moins un problème de santé lié à l'alimentation.

Les participants recrutés dans le programme ont reçu une « ordonnance » alimentaire sous la forme d'un bon échangeable sur la boutique en ligne de The SEED. La valeur de chaque bon était déterminée en fonction de la taille du ménage (10 \$ par personne – jusqu'à 50 \$ – par semaine pendant

52 semaines). Les bons étaient échangeables contre des fruits et des légumes frais ainsi que d'autres produits d'épicerie (produits laitiers, denrées non périssables) offerts dans la boutique en ligne. La sélection d'aliments était sensiblement la même de semaine en semaine, même si certains produits spécialisés ont été ajoutés chaque semaine. Les participants avaient la possibilité de faire leur commande par téléphone en appelant le service à la clientèle de The SEED, ouvert pendant toute la durée du programme (des services d'interprétation étaient aussi offerts), ou en personne en se rendant au CSC de Guelph.

Le recrutement dans le programme a commencé en avril 2021. Les derniers participants ont terminé le programme de 52 semaines en octobre 2022. Au total, 62 personnes ont accepté de participer au programme FFRx durant la période à l'étude et 5 ont abandonné en cours de route (2 ont déménagé hors de la région, 1 a jugé qu'elle n'avait plus besoin d'aide alimentaire et 2 ont trouvé que le programme ne répondait pas à leurs besoins). Plus de 88 % de la valeur des bons a été réclamée par les 57 autres participants. Après octobre 2022, le programme a été interrompu brièvement, en attendant le déblocage de fonds additionnels en mars 2023. Durant la période couverte par le programme (2021-2022), les défis d'approvisionnement alimentaire et les difficultés financières des participants ont été vécus sur fond de restrictions liées à la pandémie de COVID-19, d'inflation rampante et de crise du logement de plus en plus grave.

Collecte de données

Entre juillet et septembre 2022, toutes les personnes ayant participé au programme jusqu'au bout (n = 57) ont été invitées à une entrevue individuelle semi-structurée à l'approche de la fin du programme. Au total, 23 participants ont pu être recrutés pour cette étude de bilan, en personne ou par téléphone. Les causes de non-participation comprenaient les contraintes de temps, le manque d'intérêt et la présence de besoins de santé mentale complexes. Pour des raisons de convivialité, la plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone (n = 18), à l'exception de quelques entrevues menées en personne (n = 5). Ces entrevues ont principalement porté sur les expériences des participants en lien avec le programme FFRx.

En outre, des entrevues de suivi ont été menées entre mai et juillet 2023 avec certains participants susceptibles de fournir plus d'information (ceux ayant participé à la fois au programme FFRx et ayant eu recours à d'autres services sociaux et programmes d'aide alimentaire, n = 10). Ces participants ont été sélectionnés et recrutés par les personnes ayant réalisé les entrevues initiales, ces dernières étant les mieux placées pour savoir quels participants avaient eu accès à plusieurs services et programmes. Les entrevues de suivi se sont déroulées au CSC de Guelph, au domicile des participants ou par téléphone, selon la préférence et la convenance de chacun. Elles ont porté sur la manière dont les participants avaient utilisé le programme FFRx en combinaison avec d'autres services sociaux et programmes d'aide alimentaire, ainsi que sur la perception qu'ils avaient du programme de prescription alimentaire par comparaison avec les autres programmes (les guides d'entrevue sont disponibles sur demande auprès des auteurs).

Pour toutes les entrevues, les participants plus à l'aise dans une autre langue que l'anglais ont eu accès à un interprète. Pour compléter les données qualitatives, certaines données sur les caractéristiques sociodémographiques des participants et sur leur utilisation des services sociaux ont été extraites des questionnaires de référence utilisés dans le cadre de l'évaluation globale.

Les participants ont donné leur consentement verbal éclairé à participer aux entrevues. Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites textuellement. À la fin des entrevues, les participants ont reçu une carte-cadeau de 30 \$CA utilisable sur la boutique en ligne de The SEED.

Analyse des données

Nous avons calculé des statistiques descriptives de base à partir des réponses au questionnaire afin de synthétiser les données sociodémographiques des participants aux entrevues et leur utilisation des services sociaux. Nous avons analysé les données qualitatives par thème au moyen d'une analyse comparative constante¹⁷. Nous avons effectué un codage ouvert initial puis un codage inductif ligne par ligne. Les analyses ont porté à la fois sur les données transcrites provenant des entrevues initiales et sur celles des entrevues de suivi. Nous avons utilisé la version 1.7.1

du logiciel NVivo (QSR International, Burlington, Massachusetts, États-Unis) pour récupérer et organiser les codes et les extraits codés. Ces codes ont été élargis, fusionnés, consolidés de manière itérative et inscrits dans un recueil synthétique de codes adapté aux données¹⁸. Dans certains cas, les citations individuelles ont été associées à des répondants spécifiques qui ont été codés P01, P02, ..., P23.

Résultats

Caractéristiques des participants

Les participants avaient entre 34 et 74 ans. Parmi ceux ayant fait l'objet d'une entrevue, 7 (30,4 %) bénéficiaient du POSPH (tableau 1). Un peu plus du tiers (39,3 %) avaient eu recours à la fois au POSPH et à d'autres programmes d'aide alimentaire (comme une banque alimentaire) dans la dernière année.

Le programme Fresh Food Prescription et les mesures de soutien fondées sur le revenu

Augmentation des mesures de soutien fondées sur le revenu financées par le gouvernement : « Un peu de répit »

Dans un contexte de coût croissant de la nourriture et du logement, les participants ont affirmé que les mesures de soutien fondées sur le revenu financées par le gouvernement (par exemple OT ou POSPH) étaient généralement insuffisantes pour subvenir à leurs besoins (P03, P08, P09, P10, P12, P16, P17). Globalement, les participants ont estimé que le programme Fresh Food Prescription les avait aidés à couvrir leurs dépenses et qu'il avait apporté « un peu de répit » (P17). Comme l'a mentionné une participante : « Nous ne recevons pas beaucoup du POSPH [...] FFRx me donne un peu plus d'argent. Je n'ai pas besoin de payer pour des légumes et des choses du genre, ce qui m'aide à me nourrir [moi et mes filles]. » (P03).

Un autre participant abondait dans le même sens : « [FFRx] a beaucoup aidé à réduire notre facture d'épicerie, spécialement avec la flambée des prix » (P13). De nombreux participants ont souligné qu'ils devaient prioriser certaines dépenses en disposant de l'aide financière du gouvernement. Dans la plupart des cas, les prestations reçues servaient avant tout à payer le loyer et les services de base, ce qui laissait un faible montant pour l'achat de nourriture : « [J'utilise le POSPH pour] mes

TABLEAU 1
Caractéristiques descriptives des participants aux entrevues (n = 23)

Caractéristiques	N ^{bre} (avec %), proportion ou moyenne (avec IC à 95 %)
Genre	
Homme	7 (30,4)
Femme	16 (69,6)
Âge moyen au moment du recrutement (années)	53 (47,3 à 58,7)
Tranche d'âge au moment du recrutement (années)	
20 à 39	5 (21,7)
40 à 59	10 (43,5)
60 et plus	8 (34,8)
Origine ethnique	
Blanche	10 (43,5)
Noire	2 (8,7)
Originaire de l'île de la Tortue	1 (4,3)
Asiatique (arabe, asiatique de l'Est, asiatique du Sud ou asiatique du Sud-Est)	7 (30,4)
Latino-américaine	1 (4,3)
A choisi de ne pas répondre	2 (8,7)
Taille moyenne du ménage (n^{bre} de personnes)	3,7 (2,6 à 4,7)
Groupe de taille du ménage (n^{bre} de personnes)	
1 ou 2	9 (39,1)
3 ou 4	8 (34,8)
5 ou 6	3 (13,0)
7 ou plus	3 (13,0)
Groupe du revenu du ménage (\$CA)	
0 à 19 999	13 (56,5)
20 000 à 39 999	7 (30,4)
40 000 et plus	2 (8,7)
Ne sait pas/Préfère ne pas répondre	1 (4,3)
Reçoit des prestations du POSPH	
Oui	7 (30,4)
Non	16 (69,6)
Principal lieu d'achat de nourriture	
Épicerie	19 (82,6)
Marché fermier	0 (0)
Banque alimentaire	3 (13,0)
The SEED	1 (4,3)
Valeur moyenne des bons échangés (en \$CA)	1 549 (1 187 à 1 912)
Proportion des bons échangés	93,8 %

Abréviations : \$CA, dollars canadiens; IC, intervalle de confiance; n^{bre}, nombre; POSPH, Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

factures, mon loyer et le reste. Donc, toutes les choses dont il faut s'occuper, [ensuite] j'achète de la nourriture avec ce qui reste » (P17). Deux autres participants ont aussi signalé que le programme FFRx leur avait permis de recevoir une aide financière accrue : « [FFRx a aidé] à étirer mon argent un peu plus [...] J'ai été capable de tout payer » (P08) et « [Ça m'a aidé à] régler mes factures en souffrance et mes autres dettes » (P09). Comme l'a fait remarquer un des participants, le programme FFRx a été un « supplément » utile pour faire face aux dépenses imprévues (P16).

Deux participants ont souligné l'utilité du programme FFRx pour faciliter la planification des repas et des dépenses. En matière de planification des repas, un des participants a indiqué : « Je savais que je pouvais prendre ces 50 \$ pour acheter plus de viande à l'épicerie et obtenir les légumes dont j'avais besoin à The SEED » (P08). Selon un autre participant, « [FFRx] vous aide à respecter vos objectifs avec votre argent. Et vous pouvez mieux planifier vos repas, sachant que vous aurez de l'argent pour ces aliments et que vous pourrez obtenir les bons nutriments aux bons moments » (P16). La plupart des participants ont souligné qu'ils avaient eu des difficultés financières durant la courte interruption du programme FFRx, à la fin de la période de financement, en grande partie parce qu'ils s'étaient habitués à planifier leurs dépenses différemment lorsqu'ils recevaient de la nourriture dans le cadre du programme FFRx.

Réorientation de l'aide financière du gouvernement : « J'économise cet argent pour autre chose dont j'ai besoin »

Des participants ont signalé que l'utilisation du programme FFRx pour se procurer des aliments sains leur avait permis de réorienter leurs revenus provenant d'autres sources (OT, POSPH). Pour un grand nombre de participants, ce revenu a été consacré à d'autres besoins : « L'argent que je devais dépenser à l'épicerie, il est dans mes poches. J'économise cet argent pour autre chose dont j'ai besoin. » (P19) Par exemple, en échangeant des bons du programme FFRx contre des produits frais, les participants étaient en mesure d'utiliser leurs autres revenus pour se procurer de la viande (P04, P08, P20) ou des chaussures et des vêtements (P16, P19, P20). Une des participantes utilisait le revenu libéré par le programme FFRx pour payer des frais médicaux, dont le transport scolaire de sa

file par Uber (cette dernière étant incapable de marcher à la suite d'une blessure grave), des médicaments et des fournitures médicales pour le diabète de son mari, qui n'avait plus d'assurance depuis la perte de son emploi (P20).

D'autres participants ont pu consacrer leurs revenus à des loisirs qu'ils n'auraient pas pu se permettre autrement, ce qui peut se révéler important pour d'autres dimensions du bien-être :

J'ai un petit peu d'argent supplémentaire. Pas beaucoup, juste un tout petit extra. Nous pouvons passer du temps ensemble, peut-être sortir au Tim Hortons ou à un endroit du genre. Nous ne pouvions pas faire ça auparavant, car le POSPH couvre le strict minimum (P03).

Une autre participante était émue de raconter que l'argent supplémentaire à sa disposition lui avait permis d'amener son fils à un centre de trampoline, « et je me suis sentie heureuse qu'il ait l'occasion d'y aller [...] Il le mérite. Vous savez, il n'a pas eu grand-chose en grandissant » (P17).

**Réduction des compromis et des sacrifices :
« Je limitais mes achats. Au moins, maintenant, je peux me permettre des choses. »**

Les participants ont expliqué que, grâce aux économies rendues possibles par le programme FFRx, ils avaient eu moins de compromis et de sacrifices à faire qu'habituellement, ce qui était le cas même en ayant accès à d'autres programmes d'aide financière :

Je participe au POSPH. Ce programme m'aide à manger mieux et il est très utile, je peux acheter tous les fruits que je veux. Tout le reste [devient] cher. Je limitais mes achats. Au moins, maintenant, je peux me permettre des choses (P10).

Un participant a indiqué qu'avant le programme FFRx ou durant l'interruption de celui-ci, « j'achetais [des aliments frais] pour mon fils, mais pas pour moi. J'avais les moyens pour une personne, mais pas deux » (P17). Un autre participant a ajouté : « Je sautais des repas ou je ne mangeais pas de fruits de la journée » (P10). Les réponses d'autres participants laissent penser que le programme a eu une influence sur leurs attentes à l'égard de la nourriture

et sur les compromis à faire. Par exemple, en ce qui concerne l'interruption du programme FFRx, un des participants a déclaré :

Comme je n'avais pas accès à des légumes [avant le programme FFRx], je ne réalisais pas à quel point ils me manquaient. Quand j'ai dû en tenir compte dans mon budget de la semaine [pendant l'interruption du programme FFRx], je me suis dit : « Mon Dieu, je dois faire des choix » (P03).

Les entrevues avec certains participants ayant des enfants ont clairement montré que les attentes en matière de nourriture sont différentes de celles concernant les autres types de dépenses et qu'il est particulièrement difficile de jongler avec les besoins des enfants lorsque le budget est serré :

Les enfants ne comprennent pas les prix non plus, qu'ils puissent monter [ou] descendre. Ils ne veulent pas savoir [si] on peut se le permettre ou pas. En tant que parent, on doit répondre à leurs besoins, n'est-ce pas? Ils commencent à crier : « Donne-moi quelque chose à manger. » Et je pense qu'ils ont le droit de le demander. Mais c'est difficile... Sans vêtements, on peut se débrouiller. Si on ne [peut pas] aller en vacances, on peut leur dire : « Non, on n'en a pas les moyens. Sois patient. » Mais pour la nourriture, on ne peut pas dire : « C'est correct, continue d'avoir faim. Peut-être qu'on pourra te donner quelque chose à manger demain » (P04).

De manière générale, dans le contexte des mesures d'aide financière du gouvernement, la prescription alimentaire a permis aux participants d'accroître leur revenu disponible pour leurs autres besoins de base, d'utiliser leur argent pour payer des biens nécessaires autres que le loyer et les factures pour des services de base et de réduire les compromis et les sacrifices qu'ils étaient habitués à faire à cause de l'insuffisance de l'aide financière du gouvernement et de la hausse du coût de la vie.

Le programme Fresh Food Prescription et les autres programmes d'aide alimentaire

Utilisation combinée de plusieurs programmes d'aide alimentaire : « Je les utilise en combinaison, mais je ne les utilise pas aussi souvent. »

Durant les entrevues, 13 personnes ont déclaré qu'elles n'avaient eu recours à

aucun autre programme d'aide alimentaire en dehors du programme FFRx, que ce soit une banque alimentaire, des services alimentaires communautaires ou des programmes d'aide alimentaire offerts par des organismes sans but lucratif (2 personnes étaient inadmissibles en raison du revenu de leur ménage; 2 ne connaissaient pas les autres mesures de soutien; 2 avaient eu recours à ces mesures de soutien antérieurement mais avaient cessé de le faire et 7 connaissaient ces mesures de soutien mais n'y avaient jamais eu recours). Deux participants ont mentionné qu'ils avaient eu recours à une banque alimentaire à la même fréquence qu'avant leur participation au programme FFRx pour obtenir des produits alimentaires non offerts par le programme FFRx, comme des produits de garde-manger (P09, P20). Six participants ont indiqué que leur fréquence d'utilisation de ces autres programmes d'aide alimentaire avait changé depuis qu'ils s'étaient inscrits au programme FFRx et deux d'entre eux n'ont eu recours à aucune autre mesure de soutien depuis leur adhésion au programme FFRx (P18, P22).

Dans la plupart des cas, le programme FFRx n'a pas complètement remplacé les autres programmes d'aide alimentaire, mais il a changé la fréquence à laquelle ces derniers ont été utilisés et la priorité qui leur a été accordée (P03, P08, P10, P16). La banque alimentaire a été décrite comme un complément au programme FFRx : « Je les utilise en combinaison, mais je ne les utilise pas aussi souvent... [Les autres programmes] ne sont plus ma source principale, FFRx est ma source principale maintenant » (P16). Les banques alimentaires ont été utilisées « plutôt juste pour obtenir des produits supplémentaires » (P08). Un participant a indiqué : « J'allais [à la banque alimentaire] quelques fois par année. Mais depuis que ce programme a commencé, j'y suis allé peut-être une ou deux fois. C'est tout. Pour des trucs supplémentaires » (P10).

Les autres participants ont utilisé les programmes d'aide alimentaire en combinaison avec le programme FFRx pour combler les lacunes de ce dernier. Par exemple, les autres mesures de soutien permettent d'obtenir des produits non accessibles par le programme FFRx, comme des produits d'hygiène et de la nourriture pour animaux (P08), de même qu'une variété plus grande d'aliments en conserve et de produits de garde-manger (P03, P08, P09, P10). Comme un participant l'a expliqué,

ils ont utilisé « une combinaison de tout ça [...] Chaque endroit offre des choses différentes » (P03). Un des participants a décrit concrètement comment il combinait les mesures de soutien :

D'abord, je vérifie avec [FFRx]. Je regarde ce que j'ai dans mon frigo. Je planifie en quelque sorte ce dont je vais avoir besoin [...] puis j'y vais une semaine à la fois. S'il me manque quelque chose que je peux obtenir à la banque alimentaire, c'est là que je me rends. Comme la plupart des endroits, on peut y aller une fois par mois. J'échelonne mes visites de manière à ce qu'il y ait toujours suffisamment de nourriture à la maison pour tout le monde. Sans ces services, parfois, je ne pourrais pas le faire » (P03).

Pour les participants ayant eu recours à d'autres programmes d'aide alimentaire antérieurement, l'adhésion au programme FFRx a changé leur manière d'interagir avec ces services, entraînant généralement une réduction de l'utilisation de ces derniers. Un grand nombre de participants ont choisi d'utiliser principalement le programme FFRx, considérant les autres comme des compléments, tandis que quelques participants ont utilisé tous ces programmes de manière égale, en combinaison les uns avec les autres, pour répondre à divers besoins alimentaires.

Facilitation de l'accès aux fruits et aux légumes frais : « Ça me permet d'acheter des fruits. »

Les participants ont expliqué pourquoi le programme FFRx était généralement leur premier choix parmi la gamme des programmes d'aide alimentaire et comment il les avait poussés à utiliser différemment les autres services. Pour un grand nombre de participants, le programme FFRx a facilité l'accès à des produits frais qu'ils n'auraient pas pu se procurer autrement (P03, P04, P08, P09, P10, P12, P21). Comme l'a indiqué un des participants, « cela me permet d'acheter des fruits [...] [Avant FFRx] je mangeais seulement de la malbouffe ou quelque chose de semblable. Des aliments transformés. C'est pourquoi [FFRx] a vraiment été utile et bien meilleur pour ma santé » (P21). De même, un participant recevant des prestations du POSPH a indiqué que : « Vous devez étirer votre budget, vous n'achèterez donc pas de légumes frais et d'autres choses du genre. Vous allez [acheter] les aliments les moins chers, qui

ne sont pas bons pour votre santé » (P03). Le programme FFRx a donc permis aux participants d'accéder à des aliments plus sains.

Comparativement aux autres programmes d'aide alimentaire, le programme FFRx a été particulièrement apprécié d'un grand nombre de participants pour la qualité et la fraîcheur généralement supérieures des aliments auxquels il donnait accès (P01, P15, P16, P20). Par exemple, un participant a caractérisé les aliments de la banque alimentaire comme suit :

[La banque alimentaire fournit] plus de nourriture qu'il en faut pour passer le mois, et il y a beaucoup de choses congelées... La banque alimentaire distribue des aliments de base qui ont une longue durée de conservation pour éviter qu'on manque de nourriture. Mais FFRx offre tous les fruits et légumes (P17).

Deux participants atteints de problèmes de santé particuliers (troubles rénaux, problèmes de digestion) ont souligné la teneur élevée en sel et en sucre des aliments en boîte ou en conserve offerts en général par les autres programmes d'aide alimentaire et ont exprimé leur reconnaissance pour les produits frais du programme FFRx (P01, P20). D'autres ont signalé qu'ils avaient reçu des aliments périmés (P18, P20) ou de qualité inférieure (P03, P08, P09) de la banque alimentaire.

En outre, le programme FFRx a facilité l'accès physique à de la nourriture (par la livraison à domicile). Les participants ont jugé qu'il s'agissait d'un aspect pratique important qui permettrait de réduire le temps et l'argent alloués au transport (P03, P05, P08, P10, P15), particulièrement (comme l'a fait remarquer un participant) dans les secteurs sans épicerie proche (P15). Deux participants ont spécifiquement mentionné qu'ils ne conduisaient pas et que l'absence de transport était un obstacle important à l'accès aux autres programmes d'aide alimentaire (P10, P16). De plus, à la question sur les bienfaits financiers du programme FFRx, un participant a répondu ce qui suit :

Je savais qu'il y aurait de la nourriture là. Je n'avais pas à me rendre à différentes épiceries pour chercher des aubaines. Pas de perte de temps, pas de gaspillage d'énergie mentale, pas d'anxiété dans l'intervalle – « Qui

offre des promotions et qui n'en offre pas? » – il y avait toujours de la nourriture... [Si] on ne peut pas prendre l'autobus ni se permettre un taxi, [la livraison] réduit beaucoup le stress (P17).

L'accessibilité par la livraison a eu des répercussions sur le bien-être mental et physique. Par exemple, les participants atteints d'agoraphobie et d'autres problèmes de santé mentale complexes ont souligné les avantages de la livraison à domicile, particulièrement en comparaison avec les contextes sociaux déclencheurs pour eux de certains centres d'aide alimentaire (P09, P16). Les participants ayant des problèmes de santé physique complexes ont aussi mentionné les avantages considérables de la livraison (P08, P12, P20).

Enfin, les participants ont fait remarquer que le programme FFRx se distinguait des autres programmes d'aide alimentaire par son accessibilité (aucune preuve de revenu demandée). Certains participants ont expliqué qu'ils ne se croyaient pas admissibles aux banques alimentaires (P04, P17, P18) ou qu'ils étaient découragés par la nécessité de présenter une preuve de revenu (P10, P16). Selon un des participants: « Si vous avez faim, [un programme d'aide alimentaire] ne devrait pas pouvoir vous dire "non" » (P21).

Comme l'ont montré les participants, certains aspects dans la conception du programme FFRx (qualité de la nourriture, livraison) ainsi que l'offre de produits frais difficilement accessibles avec les mesures d'aide financière du gouvernement ont contribué à faire du programme FFRx leur premier choix dans le contexte général d'un recours à l'aide alimentaire.

Génération de dignité et d'attention : « Vous vous sentez traité comme une personne. »

Le programme FFRx a été perçu comme un programme d'aide alimentaire qui génère implicitement un sentiment de dignité par sa structure et par son fonctionnement. Les expériences des participants en matière de dignité relèvent en partie de la souplesse du programme et de la place accordée aux choix individuels (P10, P12). Les autres programmes ont été décrits comme ayant des options limitées qui « [sont] préparées d'avance pour votre famille » (P20) – qui font en sorte que « vous devez essentiellement prendre ce qui est disponible »

(P03) ou « ce qu'ils ont sous la main » (P16) ou qu'« on vous donne simplement une boîte; vous n'avez pas votre mot à dire » (P08). Comme l'a exprimé un participant au sujet des autres programmes d'aide alimentaire et de ses décisions en matière d'utilisation des services : « Je ne trouve pas les choses dont j'ai besoin, je préfère donc simplement ne pas y aller » (P05).

La possibilité de choisir son panier alimentaire avec le programme FFRx a été décrite comme particulièrement importante par les participants nouvellement arrivés au Canada. En ce qui concerne les aliments en conserve offerts par les autres programmes, les participants ont indiqué : « Dans notre culture, nous les utilisons peu. C'est pourquoi je ne veux pas utiliser [ces programmes], je ne veux pas gaspiller la nourriture que je reçois » (P20). De même, au sujet des produits frais du programme FFRx, un participant a déclaré : « Je sais cuisiner. Je ne suis pas obligé de faire telle ou telle recette... Ça ne change pas les modes de cuisson et d'alimentation de ma culture » (P04). Le fait d'avoir ce type de choix a été un facteur important dans les décisions des personnes concernant l'utilisation des programmes d'aide alimentaire.

La livraison de nourriture, qui a aussi permis aux participants de ressentir de la dignité, a été soulignée comme un élément original du programme FFRx dans le contexte général des services : « Vous vous sentez traité comme une personne, car on fait l'effort supplémentaire de tout vous livrer, à votre porte [...] Je trouve qu'avec le programme de The SEED, il y a tellement de dignité et d'estime de soi » (P15). Ces caractéristiques diffèrent de celles des autres programmes d'aide alimentaire, qui impliquent de se présenter dans un certain environnement physique ou social, ce qui suscite un malaise et est associé à des expériences négatives chez certains participants (P08, P09, P15).

Par ailleurs, le fait « que vous achetez vraiment [de la nourriture] » (P08; en échange d'un bon), « vous achetez quelque chose, vous ne vous sentez pas comme si on vous faisait un don » (P10) est une autre caractéristique fonctionnelle du programme FFRx qui a généré un sentiment de dignité absent des autres programmes d'aide alimentaire, dans lesquels la personne ne fait que recevoir. Enfin, il a été mentionné

que le programme FFRx offrait de l'attention aux personnes venant chercher de la nourriture, particulièrement grâce à l'attitude bienveillante de ses employés envers les participants, qui ne se sont pas sentis jugés, et par les liens personnels établis entre les employés et les participants (P03, P16). Selon un des participants :

Le personnel est tellement gentil. Ils ne vous font pas sentir que vous êtes moins bons qu'eux. Et je pense que c'est pourquoi beaucoup de personnes ne demandent pas d'aide – elles craignent d'être jugées, mais [le personnel de FFRx] ne fait pas ça, et c'est ce qui vous met à l'aise d'utiliser leurs services (P03).

La prise de décision et le recours aux programmes d'aide alimentaire sont des processus plutôt complexes qui, comme nous venons de le voir, sont influencés par des expériences en lien avec le sentiment de dignité et les marques d'attention ressenties grâce à la conception du programme et à son personnel, ainsi que par la manière dont les participants ont l'impression d'être perçus par les autres dans le cadre d'un service ou d'une forme de soutien.

Dans l'ensemble, le fait de participer au programme FFRx n'a pas changé de façon explicite les attitudes des participants envers les autres programmes d'aide alimentaire ni la possibilité d'y recourir, mais il leur a permis de revisiter leur relation aux autres programmes (réduire la fréquence d'utilisation, prioriser certains produits alimentaires dans les autres programmes). Les attitudes des participants envers le programme FFRx ont été particulièrement positives en comparaison des autres programmes d'aide alimentaire, à l'exception de la mention de certaines difficultés liées à la viabilité à long terme du programme, de la durée de vie des fruits et des légumes dans certains cas et du souhait que le choix de produits augmente et ne se limite pas aux produits frais. Certains aspects de la conception et de la mise en œuvre (accessibilité, degré de choix des produits, livraison, qualité des interactions avec le personnel) ont fait du programme FFRx le plus apprécié chez les participants des entrevues au sein de l'ensemble des programmes d'aide alimentaire, ce qui a entraîné des changements dans leurs habitudes d'utilisation des autres services (figure 1).

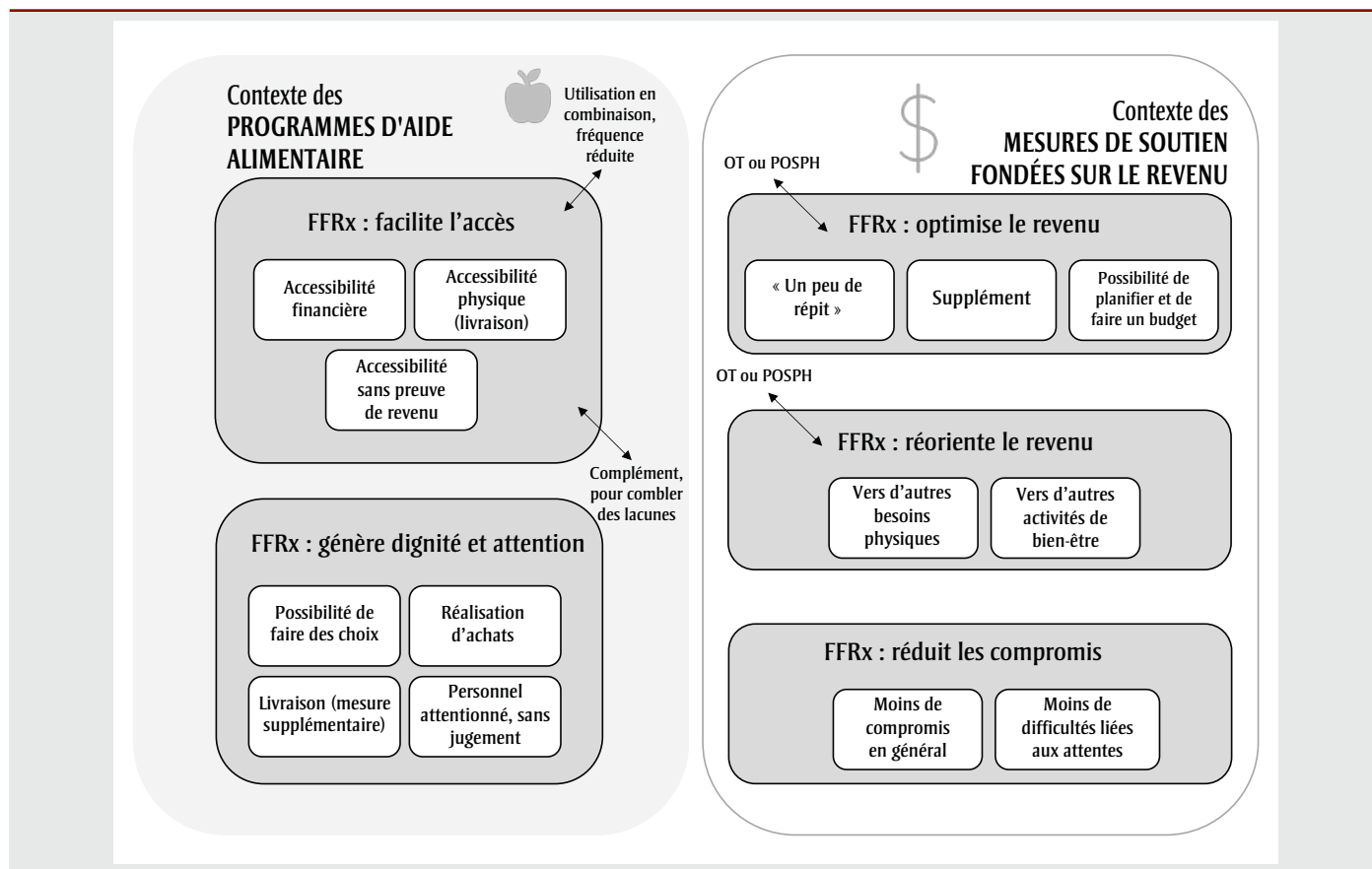
Analyse

À la lumière de l'intérêt croissant que suscite la prescription sociale, et plus spécifiquement la prescription alimentaire, il est nécessaire d'évaluer en continu les programmes de ce secteur dans le contexte général des services sociaux. Peu d'études ont été menées à ce jour sur l'incidence de la prescription alimentaire dans cette perspective élargie¹⁹, une lacune que notre étude a visé à combler.

Nos résultats s'ajoutent aux données probantes de plus en plus nombreuses qui montrent que la prescription alimentaire peut faciliter l'accès aux fruits et aux légumes frais pour les personnes en situation d'insécurité financière^{2,7}, favoriser l'autonomie en matière de choix alimentaires et générer un sentiment de dignité et d'attention, caractéristique absente des autres programmes d'aide alimentaire²⁰⁻²². De nombreux participants à l'étude ont délaissé une forme de soutien qu'ils privilégiaient en faveur du programme FFRx et ont réduit leur utilisation des autres programmes d'aide alimentaire. La prescription alimentaire s'est révélée davantage qu'une nouvelle couche de soutien s'ajoutant aux autres : cette initiative a aussi influencé les décisions des participants concernant les autres services. Il importe de souligner que ces résultats montrent que le lancement d'un programme de prescription alimentaire est susceptible d'avoir une incidence sur le degré d'interaction d'une personne avec les autres mesures de soutien – c'est-à-dire que l'ajout d'un nouveau programme dans un ensemble complexe de mesures de soutien fondées sur le revenu et de programmes d'aide alimentaire peut amener les personnes à faire des choix qui modifieront leurs attitudes envers les services préexistants. Comme cela a déjà été expliqué^{23,24}, la prise de décision concernant l'utilisation des services sociaux est un processus complexe qui est influencé par les expériences et les attitudes de la personne en lien avec un service donné ainsi que par de nombreuses autres motivations, priorités et considérations.

Ces résultats ont aussi des répercussions à grande échelle sur la prescription sociale. Les nouvelles initiatives de prescription sociale ne sont pas mises en place isolément : elles font partie d'un ensemble complexe de services sociaux, qui comprennent les mesures de soutien fondées sur le revenu et les programmes d'aide

FIGURE 1
Synthèse visuelle des résultats qualitatifs



Abréviations : FFRx, Fresh Food Prescription; OT, Ontario au travail; POSPH, Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Remarque : Le programme Fresh Food Prescription (FFRx) s'inscrit dans le contexte plus général des services sociaux, aux côtés des programmes d'aide alimentaire et des mesures de soutien fondées sur le revenu. Le programme FFRx est utilisé en combinaison avec les autres programmes d'aide alimentaire et est perçu comme un service accessible et qui génère dignité et attention. Le programme FFRx augmente l'aide financière du gouvernement disponible pour couvrir les frais de subsistance, permet aux participants de réorienter leur revenu pour répondre à d'autres besoins et réduit les compromis et les sacrifices nécessaires qu'ils doivent faire pour répondre à leurs besoins de base.

alimentaire. Il est donc nécessaire d'évaluer l'incidence de ces nouvelles initiatives sur les personnes qui en bénéficient, du point de vue des décisions, des comportements et des attitudes envers les autres services et mesures de soutien ainsi que sur le contexte général des services sociaux.

Une des principales critiques dirigées contre les programmes de prescription alimentaire est le fait qu'ils ne s'attaquent pas à la racine fondamentale de l'insécurité alimentaire – l'insécurité financière. Selon cette critique, il serait pertinent de réorienter les ressources vers le soutien du revenu, un salaire minimal et des changements plus vastes au niveau des systèmes^{9,25}. Nous ajoutons à ce discours des données indiquant que les avantages de ces programmes ne sont pas exclusivement financiers et qu'ils comprennent notamment l'économie de temps rendue possible par le programme FFRx de même

que la dignité et l'attention générées dans la prestation du soutien. Ces résultats, qui sont liés à la conception du programme, mettent en évidence l'opportunité d'évaluer de manière critique comment les programmes d'aide alimentaire à venir peuvent offrir des avantages non financiers aux participants. Cet exercice peut aussi nuancer le débat « argent ou nourriture » vivace dans le secteur de la prescription alimentaire²⁶ en faisant ressortir les avantages les moins évidents de ces programmes, qui influencent pourtant l'utilisation qui en est faite de même que les expériences avec les autres services et mesures de soutien.

De plus, en ce qui concerne la sécurité du revenu, les participants au programme FFRx ont déclaré qu'ils avaient pu consacrer une part accrue de leur revenu à des dépenses comme le loyer et les services de base, réorienter leurs revenus vers des produits de première nécessité comme des

vêtements et des médicaments non assurés et mieux subvenir à leurs besoins de base sans avoir à faire de compromis difficiles ou de sacrifices. Les résultats sont en cohérence avec ceux d'autres initiatives de prescription alimentaire^{7,23} et ils indiquent que les programmes de prescription alimentaire ont le potentiel d'accroître la marge de manœuvre du budget discrétionnaire des ménages^{27,28}.

Ainsi, bien que le programme FFRx ne s'attaque pas spécifiquement aux déterminants sous-jacents de l'insécurité alimentaire⁹, le fait d'y participer s'est traduit par un éventail de bienfaits pour le soutien du revenu et pour la sécurité financière. D'autres recherches sont nécessaires pour explorer les répercussions à long terme de la participation à un programme d'aide alimentaire sur la sécurité financière et sur les interactions des personnes avec les autres mesures de soutien et les services fondés sur le revenu. En outre, des

recherches sont nécessaires pour évaluer la rentabilité des programmes de prescription alimentaire, compte tenu des coûts administratifs associés au degré de soutien élevé requis (livraison de nourriture dans le cas du programme FFRx, dotation en personnel, temps consacré par les fournisseurs de soins de santé [« prescripteurs »], etc.)²⁶. Un examen récent a révélé que peu de programmes d'aide alimentaire offraient la livraison². Des recherches sont nécessaires pour évaluer les répercussions de la livraison sur la viabilité des programmes, tout en tenant compte de la valeur importante de cette caractéristique aux yeux des participants, ce que nos résultats ont souligné.

Points forts et limites

Cette étude offre une analyse approfondie des expériences des participants aux programmes de prescription d'aliments frais. Elle se limite toutefois au point de vue des participants à un seul programme de prescription alimentaire en Ontario (Canada) qui avaient accès en parallèle à un certain nombre d'autres mesures de soutien fondées sur le revenu et programmes d'aide alimentaire. D'autres évaluations tenant compte des interactions entre les divers programmes de prescription alimentaire et dans le contexte général des services sociaux sont nécessaires. En effet, le programme FFRx est un projet pilote d'intervention dans ce contexte général et il a été conçu pour s'ajouter au nombre croissant d'initiatives destinées à lutter contre l'insécurité alimentaire par différents moyens.

Par ailleurs, il existe une possibilité de biais de sélection dans l'étude. Il est possible que les participants les plus disposés à participer aient été ceux qui avaient eu le plus utilisé le programme FFRx et que, par conséquent, ils aient été particulièrement enclins à en parler positivement. De plus, la majorité des participants de l'étude étaient des femmes (n = 16; 69,6 %). Bien que cela puisse traduire dans une certaine mesure le rôle traditionnellement occupé par les femmes dans l'approvisionnement en nourriture, cette forte proportion de femmes dans notre étude a limité l'éventail des perspectives que nous aurions obtenu avec davantage d'hommes et des personnes de diverses identités de genre. Il est possible que le genre influence les décisions prises concernant les services à utiliser, ou la manière de les combiner, ainsi que la connaissance des programmes de prescription alimentaire

par rapport aux autres services et mesures de soutien. Le fait de s'identifier comme faisant partie d'un groupe racisé peut aussi avoir une incidence sur le processus décisionnel, sur les connaissances concernant l'utilisation des services et sur les expériences liées aux programmes de prescription alimentaire, or cette dimension n'a pas été explorée à proprement parler dans notre étude. Cette dimension devrait faire l'objet de recherches futures, capables d'élargir la portée des évaluations actuelles en matière de prescription alimentaire.

Conclusion

Cette étude aide à comprendre comment l'adhésion à un programme de prescription alimentaire (FFRx) a transformé les attitudes des participants envers les autres mesures de soutien fondées sur le revenu et les programmes d'aide alimentaire. Le programme FFRx a permis aux participants qui avaient recours à des mesures de soutien fondées sur le revenu de mieux couvrir leurs frais de subsistance, de se procurer d'autres produits de première nécessité et de réduire le nombre de sacrifices faits par manque de moyens financiers. L'utilisation du programme FFRx a changé la fréquence à laquelle les participants ont eu recours aux autres programmes d'aide alimentaire, car la prescription alimentaire est devenue leur stratégie de choix en raison de la conception du programme et de la dignité générée grâce au soutien reçu. Les résultats généraux de cette étude pourraient être utiles pour d'autres initiatives de prescription sociale, car ils font ressortir la valeur de certaines caractéristiques du programme (livraison, qualité des produits, adaptabilité, sélection) et la nécessité de prendre en compte le contexte général des services sociaux et les interactions entre ces services dans l'évaluation des nouvelles initiatives de prescription sociale.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les participants au programme FFRx, qui ont généreusement fait part de leurs points de vue et de leurs expériences en lien avec le programme pour les besoins de la présente étude. Le projet de recherche sur le programme FFRx a été financé par la Fondation Sprott, la Fondation McConnell, la coopérative Kindred Credit Union, le Fonds communautaire de la ville de Guelph, MAZON Canada, une subvention

du programme « Accélération » de Mitacs (n° IT26188) et une subvention de planification et de dissémination des Instituts de recherche en santé du Canada (n° 478709). Laura Jane Brubacher est titulaire d'une bourse de recherche postdoctorale en sciences sociales et humaines du Conseil national de recherches Canada. Matthew Little est titulaire d'une bourse de chercheur de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

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

ML : conception, acquisition de fonds, relectures et révisions.

AR : conception, acquisition de fonds, administration du projet, relectures et révisions.

WD : conception, acquisition de fonds, relectures et révisions.

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

Références

1. Bhat S, Coyle DH, Trieu K, et al. Healthy food prescription programs and their impact on dietary behavior and cardiometabolic risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr.* 2021;12(5):1944-1956. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab039>
2. Little M, Rosa E, Heasley C, Asif A, Dodd W, Richter A. Promoting healthy food access and nutrition in primary care: a systematic scoping review of food prescription programs. *Am J Health Promot.* 2022;36(3):518-536. <https://doi.org/10.1177/08901171211056584>
3. Downer S, Berkowitz SA, Harlan TS, Olstad DL, Mozaffarian D. Food is medicine: actions to integrate food and nutrition into healthcare. *BMJ.* 2020;369:m2482. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2482>

4. Cafer A, Rosenthal M, Smith P, et al. Examining the context, logistics, and outcomes of food prescription programs: a scoping review. *Res Soc Adm Pharm.* 2023;19(1):57-68. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.09.007>
5. Aiyer JN, Raber M, Bello RS, et al. A pilot food prescription program promotes produce intake and decreases food insecurity. *Transl Behav Med.* 2019;9(5):922-930. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz112>
6. Jones LJ, VanWassenhove-Paetzold J, Thomas K, et al. Impact of a fruit and vegetable prescription program on health outcomes and behaviors in young Navajo children. *Curr Dev Nutr.* 2020;4(8):nzaa109. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa109>
7. Heasley C, Clayton B, Muileboom J, et al. "I was eating more fruits and veggies than I have in years": a mixed methods evaluation of a fresh food prescription intervention. *Arch Public Health.* 2021;79:135. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00657-6>
8. Ridberg RA, Bell JF, Merritt KE, Harris DM, Young HM, Tancredi DJ. A pediatric fruit and vegetable prescription program increases food security in low-income households. *J Nutr Educ Behav.* 2019;51(2):224-230. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.08.003>
9. Tarasuk V, McIntyre L. Reconsidering food prescription programs in relation to household food insecurity. *J Nutr.* 2022;152(11):2315-2316. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac175>
10. Tarasuk V, Mitchell A. L'insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2017-18. Toronto (Ont.): PROOF—Food Insecurity Policy Research; 2020. 28 p. En ligne à : https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/REPORT-1_FR.pdf
11. Guelph & Wellington Task Force for Poverty Elimination. Guelph-Wellington food access guide. Guelph (Ont.): Guelph & Wellington Task Force for Poverty Elimination; 2019. 36 p. En ligne à : <https://www.ugdsb.ca/willow/wp-content/uploads/sites/9/2019/12/2019-Food-Access-Guide-FINAL.pdf>
12. Guelph & Wellington Task Force for Poverty Elimination. COVID-19 resource: Guelph emergency food access. Guelph (ON): Guelph & Wellington Task Force for Poverty Elimination; 2022. 3 p. En ligne à : <https://www.gwpoverty.ca/wp-content/uploads/2022/01/COVID-19-Guelph-Food-Access-January-2022-update.pdf>
13. Dodd W, Nelson E. Shifting discourse and practice on food banks: insights from a community–university partnership. *VOLUNTAS Int J Volunt Nonprofit Organ.* 2020;31(5):881-893. <https://doi.org/10.1007/s11266-018-0012-0>
14. Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. Chapitre 3, section 3.09 : Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Dans : Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Rapport annuel 2019. Vol. 1. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019:605-677. En ligne à : https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr19/v1_309fr19.pdf
15. The Corporation of the County of Wellington. 2019 Ontario Works caseload profile. Guelph (ON): The Corporation of the County of Wellington; 2020. 20 p. En ligne à : <https://www.wellington.ca/en/social-services/resources/2019-Ontario-Works-Caseload.pdf>
16. Santé Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens – Annexe A : ESCC, Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [dernière modification le 7 janvier 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/enquete-sante-collectivites-canadiennes-cycle-2-2-nutrition-2004-securite-alimentaire-liee-revenu-menages-canadiens-sante-canada-2007.html>
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
18. DeCuir-Gunby JT, Marshall PL, McCulloch AW. Developing and using a codebook for the analysis of interview data: an example from a professional development research project. *Field methods.* 2011;23(2):136-155. <https://doi.org/10.1177/1525822X10388468>
19. McWhorter JW, Aiyer JN, Ranjit N, et al. Perspectives of health care staff on predictors of success in a food prescription program: a qualitative study. [Research brief.] *Prev Chronic Dis.* 2023;20:220178. <https://doi.org/10.5888/pcd20.220178>
20. Johnson JK, Vingilis E, Terry AL. Patients' experiences with a community fruit and vegetable box program prescribed by their health provider. *BMC Public Health.* 2023;23(1):869. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15685-w>
21. Schlosser AV, Smith S, Joshi K, Thornton A, Trapl ES, Bolen S. "You guys really care about me...": a qualitative exploration of a produce prescription program in safety net clinics. *J Gen Intern Med.* 2019;34(11):2567-2574. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05326-7>
22. Pollard CM, Booth S. Food insecurity and hunger in rich countries—it is time for action against inequality. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(10):1804. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101804>
23. Zimmer R, Strahley A, Weiss J, et al. Exploring perceptions of a fresh food prescription program during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(17):10725. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710725>
24. Schlosser AV, Joshi K, Smith S, Thornton A, Bolen SD, Trapl ES. "The coupons and stuff just made it possible": economic constraints and patient experiences of a produce prescription program. *Transl Behav Med.* 2019; 9(5):875-883. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz086>
25. Barnidge EK, Stenmark SH, DeBor M, Seligman HK. The right to food: building upon "food is medicine." *Am J Prev Med.* 2020;59(4):611-614. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.04.011>

-
26. Little M, Dodd W, Brubacher LJ, Richter A. La prescription alimentaire au Canada : données probantes, critiques et possibilités. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques. 2024;44(6):309-313. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.04f>
 27. PROOF: Food Insecurity Policy Research. The spending patterns of food insecure households [Fact sheet]. 2018. 1 p. En ligne à : <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2018/05/spending-patterns.pdf>
 28. Fafard St-Germain A-A, Tarasuk V. Prioritization of the essentials in the spending patterns of Canadian households experiencing food insecurity. Public Health Nutr. 2018;21(11):2065-2078. <https://doi.org/10.1017/S1368980018000472>

Commentaire

La prescription alimentaire au Canada : données probantes, critiques et possibilités

Matthew Little, Ph. D. (1); Warren Dodd, Ph. D. (2); Laura Jane Brubacher, Ph. D. (2); Abby Richter, Dt. P., M. Nutr. appl. (3,4)

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



Résumé

Introduction. Les prescriptions alimentaires suscitent un intérêt croissant, car elles donnent aux établissements de soins de santé les moyens d'offrir aux patients un accès à des aliments grâce à des bons alimentaires ou à des boîtes de nourriture. Dans ce commentaire, nous misons sur notre expérience et notre intérêt en matière de prescription alimentaire pour présenter un résumé des données probantes dont nous disposons sur ce modèle d'intervention et pour évaluer de manière critique ses limites et ses possibilités.

Argumentaire. L'insécurité alimentaire est un déterminant important de la santé. Elle est associée à des carences nutritionnelles, à des taux élevés de maladies chroniques et à une utilisation et des coûts plus élevés des services de santé. Dans la lignée des propos récents sur la prescription sociale et les approches selon lesquelles « l'aliment est un médicament », la prescription alimentaire peut donner la possibilité aux fournisseurs de soins de santé d'aiguiller des patients vers des services de soutien en vue d'améliorer leur accès aux aliments et de réduire les obstacles à une alimentation saine. Il a été prouvé que la prescription alimentaire augmente la consommation de fruits et légumes et réduit l'insécurité alimentaire des ménages, bien que les effets sur les résultats en matière de santé ne soient pas concluants. La recherche sur la prescription alimentaire en contexte canadien est limitée et nous avons besoin de preuves d'efficacité ainsi que de pratiques exemplaires.

Conclusion : À mesure que la prescription alimentaire gagne en popularité au Canada, il est nécessaire d'évaluer l'efficacité, la rentabilité, les limites et le paternalisme possible de ce modèle d'intervention. Il faut en outre évaluer la manière dont la prescription alimentaire s'intègre aux systèmes de protection sociale plus généraux qui visent à s'attaquer aux déterminants sous-jacents de l'insécurité alimentaire.

Mots-clés : *prescription alimentaire, insécurité alimentaire, suffisance nutritionnelle, prévention des maladies chroniques, gestion des maladies chroniques, l'aliment comme médicament, prescription sociale*

Introduction

L'insécurité alimentaire est une crise de santé publique au Canada. Un vaste ensemble de publications associe l'insécurité alimentaire des ménages, qui est définie comme étant l'accès inadéquat ou incertain aux aliments en raison de contraintes

financières¹, aux carences nutritionnelles², à des taux élevés de maladies chroniques et d'infections³, à une mauvaise santé mentale⁴ et à une mortalité prématurée⁵. En outre, l'insécurité alimentaire des ménages est associée à une utilisation et à des coûts plus élevés des services de santé¹. Il s'agit donc d'un important déterminant social

Points saillants

- La prescription alimentaire est l'une des nombreuses approches de « l'aliment comme médicament » qui mettent à contribution les interactions liées aux soins de santé pour lutter contre l'insécurité alimentaire et améliorer la nutrition chez les patients.
- Il a été prouvé que la prescription alimentaire augmente la consommation de fruits et légumes et réduit l'insécurité alimentaire des ménages.
- Il est nécessaire d'évaluer de manière critique l'efficacité et la rentabilité de la prescription alimentaire par rapport à d'autres programmes de soins de santé, de santé publique et d'aide sociale.

de la santé qui doit être traité de toute urgence par des mesures de santé publique et de réduction de la pauvreté.

On cherche de plus en plus à mettre à contribution les établissements de soins de santé primaires pour qu'ils offrent aux patients un meilleur accès à des aliments sains afin de s'attaquer à l'insécurité alimentaire et afin d'améliorer la suffisance nutritionnelle et la santé. Les « prescriptions alimentaires » constituent un domaine

Rattachement des auteurs :

1. School of Public Health and Social Policy, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
2. École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
3. Centre de santé communautaire de Guelph, Guelph (Ontario), Canada
4. The SEED, Guelph (Ontario), Canada

Correspondance : Matthew Little, bâtiment HSD 202d, Université de Victoria, 3800, chemin Finnerty, Victoria (C.-B.) V8P 5C2; tél. : 519-803-3198; courriel : matthewlittle@uvic.ca

d'innovation et d'exploration dans lequel les professionnels de la santé repèrent les patients qui sont en situation d'insécurité alimentaire ou à risque de maladies chroniques liées à l'alimentation et leur donnent accès à des aliments sains subventionnés ou gratuits⁶. Elles cadrent avec les récents appels à la prescription sociale, une approche par laquelle les fournisseurs de soins de santé aiguillent directement les patients vers des services non cliniques pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et améliorer la santé et le bien-être⁷. La prescription alimentaire est l'une des nombreuses approches selon lesquelles « l'aliment est un médicament », au même titre que les repas et les produits d'épicerie adaptés sur le plan médical⁸.

Les programmes et la recherche sur la prescription alimentaire ont rapidement gagné en popularité aux États-Unis, sous l'impulsion du Farm Bill de 2018, un projet de loi agricole fédéral assorti d'un financement de 25 millions de dollars américains pour mettre en œuvre et évaluer la prescription de fruits et de légumes dans les soins de santé⁹. Même si, dans le contexte canadien, le nombre de programmes et d'études sur la prescription alimentaire est nettement moindre, des modèles de prescription alimentaire ont été adoptés et évalués dans plusieurs établissements en Alberta¹⁰ et en Ontario¹¹⁻¹³. Ces modèles ont suscité de nombreuses discussions dans les médias, le milieu universitaire et les organisations à but non lucratif, soulignant ainsi l'intérêt croissant pour la prescription alimentaire.

Depuis 2019, notre équipe de recherche collabore avec le Centre de santé communautaire de Guelph pour mettre en œuvre et évaluer plusieurs phases d'un programme de prescription de fruits et légumes appelé Fresh Food Prescription (FFRx)¹¹. Forts de notre expérience directe avec ce modèle d'intervention et de notre intérêt marqué à son égard, nous avons eu comme objectif d'effectuer une évaluation critique de la prescription alimentaire au Canada.

Quelles sont les données probantes dont on dispose concernant la prescription alimentaire?

Les interventions relatives à la prescription alimentaire requièrent des professionnels de la santé (médecins, infirmiers praticiens et professionnels paramédicaux) qu'ils déterminent les patients admissibles

et leur fournissent une prescription alimentaire, qui comprend souvent des bons échangeables contre des fruits et des légumes, l'accès à un nutritionniste ou à un diététicien ou des programmes de compétences alimentaires (éducation en matière de nutrition, brochures, cours de cuisine, etc.)¹⁴. Même si, aux États-Unis, les programmes de prescription alimentaire ont fait l'objet de dizaines d'évaluations récentes, il y a encore peu de consensus sur leurs répercussions et les pratiques exemplaires, et les données probantes en contexte canadien sont limitées. De nombreuses études d'intervention avant-après (dont la nôtre) font état d'une amélioration de la consommation de fruits et légumes et d'une réduction de l'insécurité alimentaire des ménages parmi les bénéficiaires d'une prescription alimentaire^{6,14}. Dans une méta-analyse, des estimations groupées ont révélé une augmentation de 22 % de la consommation de fruits et légumes chez les bénéficiaires¹⁴. Cependant, les éléments de preuve concernant les effets des prescriptions alimentaires sur les résultats pour la santé des patients sont beaucoup moins concluants, certaines études faisant état d'une amélioration de la pression artérielle^{15,16}, de l'IMC¹⁷ et de l'HbA1c (chez les diabétiques)¹⁸ avant et après l'intervention, mais beaucoup d'autres ne révélant aucune amélioration mesurable de la santé¹⁹.

Des études de simulation semblent indiquer que la mise en œuvre de prescriptions d'aliments peut générer des gains de santé substantiels et s'avérer très rentable²⁰, mais aucune étude n'a encore évalué de façon concrète les répercussions sur l'utilisation des soins de santé et les dépenses qui y sont liées. En outre, la base de données probantes sur la prescription alimentaire présente d'importantes limites méthodologiques, entre autres, une petite taille d'échantillon, une durée d'intervention limitée (généralement inférieure à 23 semaines), des données incomplètes sur les résultats, des outils de mesure non validés et des études non randomisées sans groupe témoin ou groupe de comparaison⁶.

Quel est le portrait de la prescription alimentaire au Canada?

En dépit des données probantes limitées, l'intérêt pour la prescription d'aliments croît rapidement au Canada. Les raisons de cette attention soudaine sont multiples. L'expansion des propos sur la prescription

alimentaire coïncide avec l'émergence de la prescription sociale de manière plus générale. Parmi ces initiatives, citons le projet pilote Rx : Communauté – Prescription sociale de l'Alliance pour des communautés en santé (qui a aidé 11 centres de santé de l'Ontario à lancer des initiatives de prescription sociale) et le nouvel Institut canadien de prescription sociale (ICPS), rattaché à la Croix-Rouge canadienne, qui fait office de carrefour national d'échange de connaissances.

Il est probable que les fournisseurs de soins de santé, les organismes communautaires et les chercheurs canadiens se soient inspirés de ceux des États-Unis, où une explosion de la prescription d'aliments a suivi l'investissement du gouvernement fédéral depuis 2018⁹. On peut également constater l'attrait de la prescription alimentaire en tant que concept, qui propose une solution relativement simple (fondée sur la familiarité et la persuasion des « ordonnances médicales ») à de multiples crises, notamment l'insécurité alimentaire, la suffisance nutritionnelle, les maladies chroniques liées à la nutrition, voire la santé planétaire²¹. Plusieurs organismes à but non lucratif, dont le Centre d'action de Maple Leaf pour la sécurité alimentaire et les Centres communautaires d'alimentation du Canada, ont également apporté leur soutien à la prescription alimentaire. Malgré cet élan, les mesures relatives à la prescription alimentaire au Canada demeurent embryonnaires, avec seulement une poignée de programmes (souvent des programmes pilotes temporaires) établis et très peu d'articles de recherche publiés^{11,13} évaluant l'impact des programmes.

Un examen critique de la prescription alimentaire au Canada

Il est probable que la prescription alimentaire va continuer à gagner du terrain en contexte canadien à mesure que les initiatives de financement et les partenariats entre le milieu des soins de santé et les collectivités émergeront du discours public animé actuel. Au fur et à mesure que l'intérêt grandit, il est important d'examiner d'un œil critique cette stratégie d'intervention et de faire des mises en garde contre une adoption généralisée trop rapide tant que des preuves d'efficacité et des meilleures pratiques ne sont pas établies.

Tout d'abord, il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires sur la prescription alimentaire en contexte canadien qui intègrent des échantillons de grande taille, des groupes témoins et des évaluations validées de l'apport alimentaire, de la sécurité alimentaire et de la santé^{6,14}. Les évaluations devraient également permettre de déterminer quels modèles de programmes (bons d'épicerie, bons d'alimentation de marché ou boîtes de nourriture, livraison ou ramassage local, modèles de quote-part ou modèles sans quote-part) et quels volets de l'intervention (aliments subventionnés, éducation en matière de nutrition ou conseils diététiques) ont le plus d'impact sur les résultats pour les patients²². Les chercheurs devraient également envisager d'intégrer des sous-groupes d'âge et de comorbidité.

Entretemps, des évaluations de processus devraient déterminer comment les modèles d'intervention peuvent être intégrés avec succès à la pratique actuelle des soins primaires dans divers milieux (notamment les centres de santé communautaire, les équipes de santé familiale, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée et les cliniques de santé pour étudiants). Compte tenu du fardeau administratif que représente la prescription alimentaire, il n'est pas certain que ce modèle d'intervention soit plus rentable que d'autres pour ce qui est des effets de la nutrition sur la santé. Des recherches en économie de la santé sont donc nécessaires pour déterminer les gains d'efficacité relatifs de divers modèles de programmes de sécurité alimentaire et d'hygiène alimentaire publique, dont relève la prescription alimentaire, afin de réduire l'utilisation des soins de santé et les dépenses qui y sont liées.

L'accès à des services de santé, l'insécurité alimentaire des ménages et les maladies chroniques liées à la nutrition sont généralement des critères d'admission aux programmes de prescription alimentaire^{6,14}. Il n'est pas étonnant que, lorsqu'elles reçoivent des produits alimentaires gratuits ou subventionnés, les personnes en situation d'insécurité alimentaire au départ consomment davantage de fruits et de légumes et voient leur sécurité alimentaire s'améliorer pendant la durée d'un programme de prescription alimentaire¹⁴. Pourtant, rien n'indique que les avantages s'étendent au-delà de la période d'intervention, car les prescriptions alimentaires ne s'attaquent guère aux causes sous-jacentes

de l'insécurité alimentaire et des carences nutritionnelles. Comme le mentionnent Tarasuk et McIntyre, « Contrairement aux interventions en matière de politique qui réduisent [...] l'insécurité alimentaire dans la population en améliorant la capacité des ménages vulnérables à se procurer de la nourriture [...] les programmes de prescription alimentaire contournent les contraintes financières des ménages en ce qui concerne l'achat d'aliments » [traduction]^{22, p.2315}.

En outre, de tels programmes sont susceptibles d'exclure les personnes qui n'ont pas accès à des soins de santé primaires, celles qui sont en situation d'insécurité alimentaire mais qui ne sont pas (encore) affectées par une maladie chronique et celles qui sont affectées par des maladies pouvant être associées à l'insécurité alimentaire mais que ces maladies ne sont pas reconnues comme telles par un critère d'inclusion (comme les problèmes de santé mentale). Les prescriptions alimentaires qui fournissent des aliments non préparés peuvent également marginaliser les participants potentiels qui ont un accès limité à de l'équipement et à un espace de préparation des aliments. Ces limitations risquent d'exacerber les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les populations en situation d'insécurité alimentaire. À l'échelle de la population, la prescription alimentaire ne constitue donc pas une solution pour lutter contre l'insécurité alimentaire et ne devrait pas remplacer les initiatives stratégiques et de promotion des intérêts visant à lutter contre la pauvreté et d'autres déterminants structurels de l'insécurité alimentaire.

Il y a aussi la question du paternalisme. Les prescriptions alimentaires prévoient généralement la distribution de boîtes de nourriture ou de bons à dépenser sur des aliments sains admissibles, qui servent de transfert de fonds conditionnel, mais sans la liberté de choix de dépenser ces fonds sur ce que le bénéficiaire juge nécessaire (comme le logement ou d'autres produits de première nécessité non alimentaires). Si le système de soins de santé peut fournir de la nourriture, offrirait-il davantage de dignité en prescrivant de l'argent? Le débat « argent ou nourriture » s'est manifesté dans d'autres disciplines²³, mais avec l'avènement de la prescription sociale, nous devons évaluer si les interactions avec les services de santé sont des occasions de fournir un soutien du revenu ciblé pour s'attaquer aux déterminants

sociaux de la santé. Les données préliminaires tirées du projet FFRx semblent indiquer que la plupart des bénéficiaires d'une prescription alimentaire préfèrent les ordonnances alimentaires à l'argent comptant, principalement en raison de la qualité des aliments et du service de livraison, qui permet aux participants de gagner du temps et d'économiser des frais de transport. La prescription alimentaire peut présenter des avantages supplémentaires par rapport aux mesures de soutien du revenu, notamment une amélioration des connaissances alimentaires et le partage d'aliments entre les ménages. Il demeure que la question « argent ou nourriture » devrait être étudiée plus en détail.

Une question urgente qui a reçu peu d'attention est celle de savoir comment la prescription alimentaire s'intègre aux divers mécanismes de soutien social et du revenu qui composent les systèmes actuels de protection sociale. L'incapacité des programmes de soutien du revenu à éliminer la pauvreté au Canada a donné lieu à un ensemble disparate de programmes conçus pour atténuer l'éventail de problèmes (de la vulnérabilité en matière de logement à l'insécurité alimentaire) auxquels sont confrontés les ménages à faible revenu²⁴. Les banques alimentaires, qui sont des organismes indépendants sans but lucratif qui dépendent des dons privés et des subventions, représentent le modèle d'aide alimentaire le plus répandu au Canada²⁵. La prescription alimentaire peut remédier à certaines des limites des banques alimentaires en tirant parti des interactions avec les services de santé pour offrir une aide alimentaire ciblée. D'après les résultats préliminaires de notre étude FFRx, les utilisateurs préfèrent la prescription alimentaire aux banques alimentaires en raison de la commodité, de la qualité générale des aliments et de l'expérience de la prescription alimentaire en tant que forme de soutien moins stigmatisante²⁶.

En outre, les utilisateurs du programme FFRx ayant accès à l'aide au revenu (comme Ontario au travail ou le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées) ont déclaré que FFRx leur permettait de dépenser pour d'autres besoins de base l'argent qui était auparavant consacré à la nourriture²⁶. Cependant, il reste à vérifier si la prescription alimentaire est plus efficace que les banques alimentaires pour lutter contre l'insécurité alimentaire à long terme et aborder la question de la

nutrition chez les bénéficiaires et si les utilisateurs préfèrent en général la prescription alimentaire aux banques alimentaires (c.-à-d. au-delà de notre modèle FFRx qui incluait la commodité de la livraison gratuite et de la commande en ligne). De plus, sans une source de financement durable (gouvernementale), la prescription alimentaire risque de devenir un autre modèle financé par des subventions et mis en œuvre par de petits réseaux de fournisseurs de manière ponctuelle et limitée dans le temps²⁴. Conformément aux approches des soins intégrés misant sur les atouts, il est nécessaire de cerner les leviers pour établir des partenariats plus solides entre les praticiens et la collectivité et promouvoir une allocation durable des ressources afin de garantir le succès des programmes de prescription alimentaire.

Une autre constatation qui émerge de nos recherches est l'importance cruciale de la conception du programme de prescription alimentaire, ce qui inclut les dimensions de la gestion de l'aiguillage, de l'accessibilité et de la déstigmatisation. Les approches de prestation de soins en équipe et la consignation des cas d'insécurité alimentaire dans les dossiers médicaux électroniques peuvent simplifier le processus d'identification des patients et celui de leur orientation vers des programmes de prescription alimentaire. Une fois qu'une prescription alimentaire est fournie, la façon dont les gens l'utilisent varie considérablement selon le modèle de programme. Nous avons relevé des taux très élevés d'échange des bons dans la phase la plus récente du programme FFRx (les participants ayant échangé plus de 88 % des bons, contre 34,5 % à 59 % dans la plupart des autres études), probablement en raison de la commodité du programme (qui offrait la commande en ligne et la livraison gratuite), des communications régulières avec le personnel et les chercheurs du Centre de santé communautaire de Guelph et des efforts systématiques pour communiquer avec les participants désengagés et éliminer les obstacles à l'accessibilité^{6,27}. De telles constatations donnent à penser que la prescription alimentaire exige des efforts concertés pour améliorer l'accessibilité, fournir des mécanismes de soutien solides et assurer une collaboration régulière entre le personnel, les fournisseurs de soins de santé et les participants afin de maximiser l'utilisation du programme. Ces efforts imposent forcément une lourde charge administrative et

soulignent la nécessité de garantir que les fournisseurs de soins primaires et les partenaires communautaires sont outillés et dotés de ressources suffisantes avant de mettre en œuvre des interventions durables et efficaces à grande échelle en matière de prescription alimentaire au Canada.

Conclusion

La prescription alimentaire est un modèle d'intervention novateur qui semble prometteur pour donner aux fournisseurs de soins de santé les moyens de traiter simultanément l'insécurité alimentaire, la suffisance nutritionnelle et la gestion des maladies chroniques. À mesure que la prescription alimentaire prend de l'essor au Canada, il sera crucial de continuer à rassembler les données probantes et d'en faire la synthèse. Même si de tels programmes peuvent avoir leur place dans le paysage canadien des soins de santé et de l'aide sociale, il est nécessaire d'évaluer de manière critique leur efficacité et leur rentabilité par rapport à d'autres programmes de soins de santé, de santé publique et d'aide sociale.

Remerciements

Le projet de recherche FFRx a reçu le soutien financier de la Fondation Sprott, de la Fondation McConnell, de la Kindred Credit Union, du Community Fund de la ville de Guelph, de MAZON Canada ainsi qu'une subvention du programme Accélération de Mitacs (n° IT26188) et une subvention de planification et de dissémination des Instituts de recherche en santé du Canada (n° 478709). Matthew Little bénéficie d'une bourse de chercheur attribuée par la fondation Michael Smith Health Research BC.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

ML : conception, obtention du financement, rédaction de la première version du manuscrit.

WD : conception, relectures et révisions.

LJB : conception, relectures et révisions.

AR : conception, administration du projet, relectures et révisions.

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

Références

1. Tarasuk V, Cheng J, de Oliveira C, Dachner N, Gundersen C, Kurdyak P. Association between household food insecurity and annual health care costs. *CMAJ*. 2015;187(14):E429-E436. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150234>
2. Hutchinson J, Tarasuk V. The relationship between diet quality and the severity of household food insecurity in Canada. *Public Health Nutr*. 2022; 25(4):1013-1026. <https://doi.org/10.1017/S1368980021004031>
3. Vozoris NT, Tarasuk VS. Household food insufficiency is associated with poorer health. *J. Nutr*. 2003;133(1): 120-126. <https://doi.org/10.1093/jn/133.1.120>
4. Gregory CA, Coleman-Jensen A. Food insecurity, chronic disease, and health among working-age adults. Washington (DC): US Department of Agriculture; 2017. 2 p.
5. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ*. 2020;192(3): E53-E60. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190385>
6. Little M, Rosa E, Heasley C, Asif A, Dodd W, Richter A. Promoting healthy food access and nutrition in primary care: a systematic scoping review of food prescription programs. *Am J Health Promot*. 2022;36(3):518-536. <https://doi.org/10.1177/08901171211056584>
7. Nowak DA, Mulligan K. Social prescribing: a call to action. *Can Fam Physician*. 2021;67(2):88-91. <https://doi.org/10.46747/cfp.670288>
8. Mozaffarian D, Mande J, Micha R. Food is medicine—the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care. *JAMA Intern Med*. 2019;179(6):793-795. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0184>

9. United States Department of Agriculture (USDA). Gus Schumacher Nutrition Incentive Program (GusNIP). Washington (DC): USDA; 2023 [consultation le 14 avril 2023]. En ligne à : <https://www.nifa.usda.gov/grants/programs/hunger-food-security-programs/gus-schumacher-nutrition-incentive-program>
10. Olstad D, Beall R, Spackman E, et al. Healthy food prescription incentive programme for adults with type 2 diabetes who are experiencing food insecurity: protocol for a randomised controlled trial, modelling and implementation studies. *BMJ Open*. 2022; 12(2):e050006. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050006>
11. Heasley C, Clayton B, Muileboom J, et al. "I was eating more fruits and veggies than I have in years": a mixed methods evaluation of a fresh food prescription intervention. *Arch Public Health*. 2021;79:135. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00657-6>
12. Foodshare Toronto. Food Rx progress report. Toronto (ON): Foodshare Toronto; 2021. En ligne à : <https://foodshare.net/custom/uploads/2021/08/Food-RX-Progress-Report.pdf>
13. Johnson JK, Vingilis E, Terry AL. Patients' experiences with a community fruit and vegetable box program prescribed by their health provider. *BMC Public Health*. 2023;23(1):869. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15685-w>
14. Bhat S, Coyle DH, Trieu K, et al. Healthy food prescription programs and their impact on dietary behavior and cardiometabolic risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr*. 2021;12(5):1944-1956. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab039>
15. Wetherill MS, Chancellor McIntosh H, Beachy C, Shadid O. Design and implementation of a clinic-based food pharmacy for food insecure, uninsured patients to support chronic disease self-management. *J Nutr Educ Behav*. 2018;50(9):947-949. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.05.014>
16. York B, Kujan M, Conneely C, Glantz N, Kerr D. Farming for Life: pilot assessment of the impact of medical prescriptions for vegetables on health and food security among Latino adults with type 2 diabetes. *Nutr Health*. 2020;26(1):9-12. <https://doi.org/10.1177/0260106019898995>
17. Cavanagh M, Jurkowski J, Bozlak C, Hastings J, Klein A. Veggie Rx: an outcome evaluation of a healthy food incentive programme. *Public Health Nutr*. 2017;20(14):2636-2641. <https://doi.org/10.1017/S1368980016002081>
18. Bryce R, Guajardo C, Illaraza D, et al. Participation in a farmers' market fruit and vegetable prescription program at a federally qualified health center improves hemoglobin A1C in low income uncontrolled diabetics. *Prev Med*. 2017;7:176-179. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.06.006>
19. Hager K, Shi P, Li Z, et al. Evaluation of a produce prescription program for patients with diabetes: a longitudinal analysis of glycemic control. *Diabetes Care*. 2023;46(6):1169-1176. <https://doi.org/10.2337/dc22-1645>
20. Wang L, Lauren BN, Hager K, et al. Health and economic impacts of implementing produce prescription programs for diabetes in the United States: a microsimulation study. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(15):e029215. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.029215>
21. Adams EL, Figueroa R, White KE, et al. Prioritize "food is medicine" initiatives in the 2023 Farm Bill for Human and Planetary Health. *Milwaukee (WI): Society of Behavioral Medicine*; 2023. 3 p.
22. Tarasuk V, McIntyre L. Reconsidering food prescription programs in relation to household food insecurity. *J Nutr*. 2022;152(11):2315-2316. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac175>
23. Gentilini U. The revival of the "cash versus food" debate: new evidence for an old quandary? [Policy research working paper no. 7584]. Washington (DC): World Bank; 2016. En ligne à : <https://doi.org/10.1596/1813-9450-7584>
24. Tarasuk V, Davis B. Responses to food insecurity in the changing Canadian welfare state. *J Nutr Educ*. 1996; 28(2):71-75. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(96\)70029-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(96)70029-8)
25. Tarasuk V, Dachner N, Loopstra R. Food banks, welfare, and food insecurity in Canada. *Br Food J*. 2014; 116(9):1405-17. <https://doi.org/10.1108/BFJ-02-2014-0077>
26. Brubacher LJ, Little M, Richter A, et al. Le rôle de la prescription d'aliments frais dans le contexte des services sociaux : une étude qualitative en Ontario (Canada). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6): 298-308. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.03f>
27. Little M, Dodd W, Grewal A, Stringer E, Richter A. A 52-week fresh food prescribing program reduces food insecurity and improves fruit and vegetable consumption in Ontario, Canada. *Research Square [Publication préliminaire]*. 2023 [citation le 24 avril 2024]. En ligne à : <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3084278/v1>

Commentaire

Prescription d'exposition à la nature : nouvelles perspectives sur les approches fondées sur la réconciliation et l'inclusivité culturelle dans un centre de santé communautaire triculturel

Anita Vaillancourt, Ph. D. (1); Rebecca Barnstaple, Ph. D. (2); Natalie Robitaille (2,3); Taylor Williams (2,4)

Résumé

Ce commentaire souligne l'importance d'avoir des programmes de prescription sociale et de prescription d'exposition à la nature qui reflètent des perspectives et des pratiques diverses sur le plan culturel. La création et le maintien d'un espace pour les visions du monde autochtones et les autres visions du monde devraient être une priorité dans la prescription d'exposition à la nature, une approche récente au Canada qui reconnaît et promeut les avantages pour la santé de la pratique d'une variété d'activités en environnement naturel. Il est essentiel, lorsqu'on conçoit et offre des programmes de prescription d'exposition à la nature culturellement inclusifs et fondés sur le respect des obligations en matière de réconciliation, de reconnaître la domination toujours présente des visions du monde occidentales et les implications qui en découlent en matière de décolonisation et d'autochtonisation de la prescription d'exposition à la nature. Travailler consciemment à élargir les valeurs occidentales, dans l'optique d'étendre ces pratiques au-delà de la simple exposition à la nature, afin de favoriser le tissage de liens émotionnels avec la nature, est une dimension cruciale du développement actuel des interventions fondées sur la nature et des pratiques en matière de prescription d'exposition à la nature.

Mots-clés : *prescription d'exposition à la nature, connexion à la nature, inclusivité culturelle, décolonisation*

Introduction

L'exposition à la nature a des avantages largement connus¹ : elle a notamment une série d'effets positifs sur la santé physique et la santé mentale, en particulier une réduction des réactions de stress, une baisse de la tension artérielle et une atténuation des symptômes d'anxiété et de dépression, et elle favorise également des activités physiques comme la marche^{2,3}. La prescription d'exposition à la nature gagne du terrain en tant que modalité de traitement pour toute une série de maladies chroniques, dont certains problèmes de santé mentale. Les objectifs de la prescription d'exposition à la nature sont

semblables à ceux de la prescription sociale, soit de réduire le fardeau des maladies chroniques¹ et de déplacer les problèmes non médicaux et non cliniques du système de soins de santé primaires vers des ressources et un soutien en matière de soins sociaux¹.

Les prescriptions d'exposition à la nature sont généralement rédigées par un fournisseur de soins de santé ou de services sociaux et consistent à recommander à un patient de passer une période de temps précise dans un environnement naturel⁴. Suivant l'exemple d'autres pays comme le Royaume-Uni et, plus récemment, les États-Unis, qui ont créé des programmes de

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



Points saillants

- La prescription d'exposition à la nature, une dimension de plus en plus reconnue de la prescription sociale, reconnaît et promeut les bienfaits de l'environnement naturel pour la santé, le bien-être et le traitement des maladies.
- Le monde occidental entretient une vision étroite des relations entre la nature et l'être humain, qui se résume aux besoins et aux intérêts de ce dernier. La priorité limitée accordée dans le monde occidental à la relation avec la nature et à l'importance des liens avec la nature risque de limiter la portée et les avantages des prescriptions d'exposition à la nature.
- Les efforts en matière de prescription d'exposition à la nature devraient tenir compte des approches antérieures fondées sur la nature, comme la guérison par la terre pratiquée par les Autochtones, et assurer l'inclusivité culturelle sur le plan de la conception et des pratiques.

Rattachement des auteurs :

1. École de travail social, Faculté des sciences de la santé et du comportement, Université Lakehead, Orillia (Ontario), Canada
2. Programmes et engagement communautaires, Centre de santé communautaire Chigamik, Midland (Ontario), Canada
3. École des sciences interdisciplinaires, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
4. École de sciences infirmières, Université Nipissing, North Bay (Ontario), Canada

Correspondance : Anita Vaillancourt, École de travail social, Faculté des sciences de la santé et du comportement, Université Lakehead, 500, avenue University, Orillia (Ontario) L3V 0B9; tél. : 705-330-4008, poste 2620; courriel : anita.vaillancourt@lakeheadu.ca

prescription sociale et de prescription d'exposition à la nature, le Canada a récemment commencé à mettre au point ce type de programme. Aujourd'hui, la plupart des provinces ont des programmes de prescription d'exposition à la nature, quoiqu'à différents stades de développement. L'Ontario a lancé des initiatives officielles de prescription sociale dès 2018 et les initiatives de prescription d'exposition à la nature en Colombie-Britannique ont débuté en 2020 avec l'initiative « PaRx » de la BC Parks Foundation et se sont poursuivies, par exemple, au Québec avec Prescri-nature en 2023.

Bien qu'il soit utile de s'inspirer des pratiques et des programmes établis ailleurs, il faut tenir compte des facteurs spécifiques au Canada afin de répondre de manière adéquate aux enjeux et aux besoins culturels en matière de prescription sociale et de prescription d'exposition à la nature. Le colonialisme passé et le colonialisme d'aujourd'hui, qui continuent à affecter et à désavantager les Autochtones et les autres groupes racisés, se manifestent au Canada d'une manière particulière.

Une question clé est l'héritage du colonialisme de peuplement, un système de colonisation selon lequel des colons s'installent de façon permanente sur un territoire qu'ils ont envahi et s'efforcent de se présenter comme naturalisés et comme les occupants légitimes de ce territoire⁵. Ce type de colonialisme est spécifique à l'île de la Tortue (l'Amérique du Nord) et a été profondément préjudiciable aux peuples autochtones en les dépossédant de leur assise territoriale et, par extension, en perturbant leurs identités culturelles, leurs traditions, leurs langues et leur lien spirituel avec leurs territoires traditionnels⁵. Les stratégies d'assimilation et la domination résultante des visions du monde occidentales et de la logique coloniale continuent à renforcer les inégalités et les désavantages économiques, politiques, sociaux et sanitaires auxquels sont confrontés les peuples autochtones. On considère que ces problèmes contribuent largement à la déconnexion des populations autochtones d'avec leurs terres ancestrales⁶ et à la marginalisation toujours forte des visions du monde autochtones en contexte occidental^{7,8}. Il est donc essentiel de tenir compte des répercussions historiques et actuelles du colonialisme de peuplement pour élaborer des programmes et des pratiques de prescription d'exposition à la nature qui

soient pertinents et appropriés sur le plan culturel.

Ce commentaire s'appuie sur les connaissances acquises dans le cadre du programme de prescription sociale et de prescription d'exposition à la nature élaboré (et mis en œuvre) au Centre de santé communautaire (CSC) Chigamik dans le cadre d'un partenariat de recherche avec l'Université Lakehead. Notre analyse fait plus particulièrement ressortir divers enjeux et considérations importants au sujet des implications relatives à la conception des programmes et aux pratiques en matière de prescription d'exposition à la nature pour les populations autochtones et au sujet de l'inclusivité de ces pratiques. Comme ce programme s'inscrit dans un contexte local sans équivalent, qui inclut des participants, des praticiens et des partenaires autochtones, il est apparu que, même si les modèles occidentaux de prescription de « nature » et de « vert » présentent des éléments susceptibles de refléter certains aspects des pratiques autochtones, comme la guérison par la terre, il subsiste des distinctions importantes sur le plan de la terminologie, des objectifs, du champ d'application, des cadres et de l'intention.

Le CSC Chigamik est un organisme triculturel qui fournit des soins de santé primaires et paramédicaux aux Autochtones, aux francophones et à d'autres membres de collectivités historiquement marginalisées de Simcoe Nord Muskoka (Ontario). Au printemps 2023, le CSC Chigamik a mis en œuvre un nouveau programme de prescription sociale visant à améliorer la santé mentale grâce à un effort de conception conjoint centré sur le client et à un renforcement des soutiens communautaires. Jusqu'ici, les pratiques de prescription d'exposition à la nature au CSC Chigamik ont été axées sur la facilitation de l'accès à certaines zones naturelles locales par une réduction des obstacles à cet accès, comme les coûts d'adhésion et de transport. Parallèlement, le CSC Chigamik a mis au point des programmes de guérison par la terre conçus pour et par les membres des communautés des Premières Nations et des Métis, en renforçant leur potentiel grâce à l'augmentation des opportunités, des ressources et du personnel de soutien spécialisé. Le chevauchement dans les intentions de favoriser le bien-être et la santé holistique par la conception de programmes centrés sur le client a conduit à l'étude des similitudes et des différences entre ces programmes et ces

visions du monde ainsi qu'à l'exploration du rôle joué par la terre ou la nature dans la prescription sociale. Afin que les programmes de prescription d'exposition à la nature soient le reflet des voix de diverses communautés, nous proposons que les conceptions culturelles de la « nature » soient prises en compte dans à la fois le vocabulaire de la prescription sociale et son type, dans les résultats escomptés et dans les mécanismes d'action. Au-delà de la prescription dite « [d'eau] verte et bleue », essentiellement axée sur l'activité physique et la réduction du stress, le fait d'être dans la nature ou en contact avec la terre renforce également la capacité de fonctionner sur le plan relationnel. Cela se manifeste en tant que dimension de l'identité et que locus profond permettant de trouver un sens à sa vie et un soutien reflétant ou transcendant les concepts occidentaux de lien social. Ces dimensions peuvent également avoir d'autres effets bénéfiques, comme la réduction de l'isolement et de la solitude, qui sont les principaux critères utilisés pour mesurer les résultats de l'initiative actuelle du CSC Chigamik visant à améliorer la santé mentale par la prescription sociale. Il a été prouvé que le rapprochement avec la nature favorise le bien-être et les comportements en faveur de l'environnement, ce qui est susceptible de nourrir l'engagement envers la nature et une relation responsable envers elle⁹.

Qu'est-ce que la prescription d'exposition à la nature ?

La prescription d'exposition à la nature est une dimension émergente importante de la prescription sociale, qui s'accompagne d'une série de termes et de concepts. Cependant, il n'y a pas de définition universelle de cette prescription¹. Ainsi, ce terme est souvent utilisé de manière interchangeable avec d'autres expressions, comme « prescription verte », « prescription sociale verte » et « prescription sociale fondée sur la nature », et on le définit comme étant le temps passé dans des espaces verts, par exemple un parc, une prairie, une forêt ou un jardin¹⁰. Stanhope et Weinstein¹¹ soulignent que le manque de spécificité de ces termes et l'amalgame entre les prescriptions vertes et les prescriptions d'exposition à la nature ont engendré une confusion quant à leur signification et ont conduit à une mauvaise attribution des résultats d'études dans lesquelles on se fondait sur des changements de mode de vie, comme

l'augmentation de l'activité physique, pour appuyer l'efficacité d'activités réalisées en nature. Dans l'article de Park et ses collaborateurs¹², on présente une analyse systématique des bienfaits pour la santé humaine des activités pratiquées en forêt et on mentionne quatre types d'activités : le séjour, la marche, l'exercice et l'exposition indirecte. Les auteurs de l'article précisent également que les interventions liées à la forêt diffèrent des « simples expériences » en forêt, car elles sont conçues par des experts dans le but exprès de procurer des bienfaits directs en matière de santé.

Les travaux de recherche sur la prescription d'exposition à la nature sont surtout axés sur l'activité physique et la réduction du stress dans un cadre naturel plutôt que sur les aspects relationnels ou la recherche de sens, ce qui réduit ainsi la nature à un simple endroit où se déroulent des activités qui pourraient avoir lieu ailleurs et qui laisse entendre que les bienfaits sont renforcés par le fait que les activités sont menées à l'extérieur. Dans la revue narrative présentée dans l'article de Jiminez et ses collaborateurs¹³, on avance que la nature influe sur la santé de diverses façons, notamment par des possibilités accrues d'engagement social et par le fait que les activités physiques sont pratiquées à l'abri des effets nocifs de la pollution atmosphérique, du bruit et de la chaleur.

Il est à noter que l'accent est mis sur l'engagement social entre les personnes et qu'il n'est pas question des relations que l'on peut entretenir avec la nature elle-même. Cette limitation en ce qui concerne la relationnalité ou la connexion avec la nature est le reflet des contraintes du paradigme occidental dominant, et elle risque de réduire l'efficacité des interventions pour diverses populations. Il est important que les visions du monde qui sous-tendent les buts, les objectifs et les pratiques des programmes axés sur la nature concordent avec les visions des participants, non seulement pour garantir l'inclusivité, mais aussi pour veiller au respect des autres visions du monde et pour orienter ainsi qu'élargir les conceptions occidentales de la nature et des responsabilités d'intendance qui s'y rattachent.

Guérison par la terre

À la différence des conceptions occidentales de la nature et des pratiques de prescription d'exposition à la nature ou de

prescription verte, qui sont axées sur l'organisation d'activités favorisant le bien-être dans des espaces naturels et pour lesquelles l'attention accordée à la relation ou au lien avec la nature est minime ou nulle, la « guérison par la terre » est une pratique largement répandue dans les communautés autochtones. Cette pratique allie les connaissances autochtones et les traditions culturelles pour aider les gens à guérir. La terre est essentielle à la préservation de la culture et elle constitue un endroit propice à l'expression de soi et à la survie des traditions. De ce fait, les programmes de guérison par la terre se sont avérés efficaces pour la santé mentale, le traitement des dépendances et la guérison de traumatismes complexes, car ils permettent aux populations autochtones de renouer avec leurs identités, leurs traditions et leurs terres ancestrales¹⁴. En prenant en compte les conséquences de la colonisation sur les peuples autochtones, les programmes de guérison par la terre sont conçus pour déterminer comment la relation d'une personne ou d'une communauté avec la terre, avec elle-même et avec les autres a été altérée, et pour trouver le meilleur moyen de restaurer cette relation.

Contrairement aux prescriptions vertes, selon lesquelles la nature est un site ou un lieu objectif où se déroule une activité physique considérée comme étant le facteur qui contribue activement à la santé, la guérison par la terre est une pratique qui a lieu sur une terre respectée, honorée et cultivée de manière spirituelle et intentionnelle¹⁴. Les pratiques fondées sur la terre se caractérisent par une interconnexion profonde entre l'épistémologie et la pédagogie autochtones, et la terre y joue un rôle central¹⁴.

Pour les Autochtones, les divers aspects de la terre sont des éléments fondamentaux de leur identité et de leur santé¹⁵⁻¹⁹. La terre a une multitude de significations qui intègrent les aspects interdépendants des cultures autochtones sur les plans physique, symbolique, spirituel et social^{19,20}. Ce concept englobe tous les éléments de la nature, soit les plantes, les animaux, les ancêtres et les esprits, ainsi que les composants environnementaux comme l'air, l'eau, la terre et les minéraux²¹. La reconnexion avec les territoires ancestraux est très importante pour l'avancement des efforts en matière de promotion et d'intervention visant à améliorer le bien-être mental des populations autochtones^{22,23}.

Le principe de la responsabilité relationnelle est inhérent à la guérison par la terre et à toutes les relations que les peuples autochtones entretiennent avec la terre : ce principe reconnaît que les humains font partie de la nature, qu'ils ne sont pas indépendants d'elle mais plutôt dans une relation d'interdépendance avec elle, et qu'il leur incombe de prendre soin de toutes les dimensions de la nature avec lesquelles ils sont en relation²⁴.

Que faut-il faire pour que la pratique de la prescription d'exposition à la nature soit culturellement inclusive, responsable et appropriée?

En tant qu'organisme triculturel offrant des services à des personnes aux identités diverses et souvent croisées, le CSC Chigamik vise à adopter et à mettre en œuvre une approche dite « à deux yeux »²⁵, qui s'appuie sur les forces et les perspectives des visions du monde autochtone et occidentale. Les professionnels de la santé sont de plus en plus conscients que les contacts avec la nature ou la terre peuvent faciliter et améliorer la guérison, ce qui fait qu'il est essentiel de trouver des termes adéquats et appropriés pour définir ce que cela signifie d'un point de vue culturel. Puisque les relations avec la nature peuvent se présenter sous de nombreuses formes, certaines étant explicites et d'autres non, il convient de prévoir un espace pour les discussions qui favorisent les liens individuels avec la nature. Par exemple, pour certaines personnes, la forme idéale peut être liée à l'identité culturelle, mais il ne faut pas présumer qu'il s'agit du seul facteur déterminant.

La promotion d'une approche décolonisée et autochtonisée de l'équité en matière de santé pour la prescription sociale et la prescription d'exposition à la nature nécessite une prise de conscience profonde des facteurs qui contribuent aux inégalités, notamment les déterminants culturels de la santé qui influent sur la participation à des activités significatives. Ces facteurs ont également une incidence sur la probabilité qu'une personne respecte une prescription sociale ou une prescription d'exposition à la nature ou qu'elle entreprenne un changement de comportement. Si l'activité proposée ne s'inscrit pas dans un cadre approprié, elle deviendra moins attrayante et moins pertinente, et elle risquera d'avoir moins d'impact en tant que prescription ou recommandation. Il est

également essentiel de veiller à ce que les prescriptions d'exposition à la nature concordent avec les visions du monde, afin qu'il y ait une cohérence entre les valeurs, les intentions et les comportements, ce qui peut aussi jouer un rôle clé dans la réussite des interventions²⁶.

En outre, les organismes canadiens devraient avoir pour priorité de s'engager en faveur de la réconciliation en prenant des mesures concrètes pour décoloniser les pratiques de prescription d'exposition à la nature dans le secteur des soins de santé et pour agir sur les déterminants sociaux qui sont liés aux inégalités en matière de santé. Il faut notamment tenir compte des facteurs susceptibles de limiter ou de faciliter l'accès à la nature. Par exemple, pour faciliter l'accès à la terre, le Centre de la faune du marais Wye, un organisme partenaire du CSC Chigamik en matière de prescription sociale, a récemment annoncé que l'accès aux sentiers serait gratuit pour les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits.

Conclusion

Le domaine, actuellement en plein essor, de la prescription sociale et de la prescription d'exposition à la nature au Canada exige que l'on accorde une attention particulière aux diverses perspectives culturelles et que l'on s'engage fermement en faveur de l'équité en matière de santé, de la justice sociale et de la réconciliation pour que la conception des programmes et les pratiques qui en découlent reflètent les divers points de vue et besoins locaux. La reconnaissance des relations coloniales passées et actuelles et l'intégration de stratégies de décolonisation et d'autochtonisation dans la terminologie ainsi que la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes sont également primordiales pour que les pratiques en matière de prescription d'exposition à la nature favorisent la santé et le bien-être des populations, qu'elles soient autochtones ou non autochtones.

Remerciements

Aucun financement n'a été reçu pour la rédaction de ce commentaire.

Conflits d'intérêts

Aucun des auteurs n'a de conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

Conception : AV, RB.

Organisation des données : AV, RB.

Méthodologie : AV, RB (de façon égale).

Administration de projet : AV, RB.

Ressources : AV, RB (de façon égale).

Supervision : AV (ensemble du projet), RB (supervision étudiante directe).

Validation : AV, RB (de façon égale).

Vision et planification : AV, RB.

Rédaction de la première version du manuscrit : AV, RB, et NR, TW (de façon égale).

Relectures et révisions : AV, RB, et NR, TW (de façon égale).

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. Kondo MC, Oyekanmi KO, Gibson A, South EC, Bocarro J, Hipp JA. Nature prescriptions for health: a review of evidence and research opportunities. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(12):4213. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124213>
2. Robinson JM, Jorgensen A, Cameron R, Brindley P. Let nature be thy medicine: a socioecological exploration of green prescribing in the UK. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(10):3460. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103460>
3. Twohig-Bennett C, Jones A. The health benefits of the great outdoors: a systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes. *Environ Res*. 2018;166:628-637. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.06.030>
4. Nguyen P-Y, Astell-Burt T, Rahimi-Ardabili H, Feng X. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: a systematic review. *Lancet Planet Health*. 2023;7(4):e313-e328. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00025-6)

5. Battell Lowman E, Barker AJ. *Settler: identity and colonialism in 21st century Canada*. Winnipeg (MA): Fernwood Publishing; 2015. 158 p.
6. Manuel A, Derrickson R. *The reconciliation manifesto: recovering the land, rebuilding the economy*. Toronto (ON): James Lorimer; 2017. 312 p.
7. Hart M. Anti-colonial Indigenous social work. Dans : Sinclair R, Hart MA, Bruyere G (dir.). *Wicahitowin: Aboriginal social work in Canada*. Winnipeg (MA): Fernwood; 2009:25-41.
8. Little Bear L. Jagged worldviews colliding. In: Battiste M, editor. *Reclaiming Indigenous voice and vision*. Toronto (ON): UBC Press; 2000:77-85.
9. Sandifer P, Sutton-Grier A, Ward B. Exploring connections among nature, biodiversity, ecosystem services, and human health and well-being: opportunities to enhance health and biodiversity conservation. *Ecosyst Serv*. 2015;12:1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ecoser.2014.12.007>
10. Wood L, Hooper P, Foster S, Bull F. Public green spaces and positive mental health—investigating the relationship between access, quantity and types of parks and mental well-being. *Health Place* 2017;48:63-71. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.002>
11. Stanhope J, Weinstein P. What are green prescriptions? A scoping review. *J Prim Health Care*. 2023;15(2):155-161. <https://doi.org/10.1071/HC23007>
12. Park S, Kim E, Kim G, Kim S, Choi Y, Paek D. What activities in forests are beneficial for human health? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2692. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052692>
13. Jiminez MP, DeVille NV, Elliot EG, et al. Associations between nature exposure and health: a review of evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(9):4790. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>

14. Hanson G. Strong woman's voices: final report Jackson Lake land based healing women's program August-September 2012. In: Dendys J, editor. Building a path to wellness. Whitehorse (YK): Kwanlin Dun First Nation; 2012: 1-48.
15. Butcher E, Breheny M. Dependence on place: a source of autonomy in later life for older Māori. *J Aging Stud.* 2016;37:48-58. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.02.004>
16. Green B. Culture is treatment. *J Psychosoc Nursing Ment Health Serv.* 2010;48(7):27-34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20100504-04>
17. Kant S, Vertinsky I, Zheng B, Smith PM. Social, cultural, and land use determinants of the health and well-being of Aboriginal peoples of Canada: a path analysis. *J Public Health Policy.* 2013;34(3):462-476. <https://doi.org/10.1057/jphp.2013.27>
18. Richmond CA, Ross NA. The determinants of First Nation and Inuit health: a critical population health approach. *Health Place.* 2009;15(2):403-411. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.07.004>
19. Wilson K. Therapeutic landscapes and First Nations peoples: an exploration of culture, health and place. *Health Place.* 2003;9(2):83-93. [https://doi.org/10.1016/s1353-8292\(02\)00016-3](https://doi.org/10.1016/s1353-8292(02)00016-3)
20. Lavallee LF, Poole JM. Beyond recovery: colonization, health and healing for Indigenous people in Canada. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2010; 8(2):271-281. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9239-8>
21. Redvers J. "The land is a healer": perspectives on land-based healing from Indigenous practitioners in northern Canada. *Int J Indig Health.* 2020;15(1):90-107. <https://doi.org/10.32799/ijih.v15i1.34046>
22. Kirmayer L, Simpson C, Cargo M. Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal Peoples. *Australas Psychiatry.* 2003; Oct;11(1_suppl):S15-S23. http://apy.sagepub.com/content/11/1_suppl/S15
23. Walsh R, Danto D, Sommerfeld J. Land-based intervention: a qualitative study of the knowledge and practices associated with one approach to mental health in a Cree community. *Int J Ment Health Addiction.* 2020; 18(1):207-221. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9996-3>
24. Wilson S. Research is ceremony: Indigenous research methods. Black Point (NS): Fernwood; 2008. 144 p.
25. Bartlett Lowman C, Marshall M, Marshall A. Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together Indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *J Environ Studies Sci.* 2012; 2(4):331-340. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:144796377>
26. Ajzen I, Fishbein M. The influence of attitudes on behavior. In: Albarracin D, Johnson BT, Zanna MP, editors. The handbook of attitudes. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2005:173-221.

Commentaire

Mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada

Caitlin Muhl, B. Sc., M.S.P. (1,2); Le-Tien Bhaskar, M.S.P. (1,3); Michelle Ruhigisha, B. Sc., M.S.P. (1,4); Ellen McGarity-Shiple, M. Sc. PT, Ph. D. (1)

Introduction

La prescription sociale est « un moyen par lequel des professionnels de confiance en milieu clinique ou communautaire déterminent qu'une personne a des besoins sociaux liés à la santé qui ne sont pas d'ordre médical, et par lequel ils adressent cette personne à des services et à un soutien non cliniques au sein de la communauté, par l'élaboration conjointe d'une « prescription sociale », c'est-à-dire une prescription non médicale pour améliorer la santé et le bien-être de la personne et renforcer ses liens avec la communauté » [traduction]^{1,p.9}. À l'échelle mondiale, la prescription sociale suscite un intérêt croissant en tant qu'approche holistique de la santé et du bien-être, et près de 30 pays sont impliqués dans le mouvement pour la prescription sociale². Au Canada, la recherche, les politiques et les pratiques en matière de prescription sociale progressent à grands pas avec le soutien de l'Institut canadien de prescription sociale³.

Parallèlement à la croissance rapide du mouvement pour la prescription sociale dans le monde, un réseau mondial de champions étudiants a vu le jour afin de créer le mouvement étudiant pour la prescription sociale. Au Royaume-Uni, où le mouvement pour la prescription sociale a vu le jour, les étudiants ont été fortement impliqués depuis le début. En 2017, le UK National Social Prescribing Student Champion Scheme a été créé par le Dr Bogdan Chiva Giurca, qui était étudiant en médecine à l'époque, pour permettre aux étudiants de s'impliquer dans l'apprentissage, l'enseignement et la promotion de la prescription sociale⁴. Depuis lors,

plus de 350 champions étudiants se sont investis auprès de plus de 20 000 apprenants au Royaume-Uni⁵.

Dans les dernières années, le mouvement étudiant pour la prescription sociale s'est étendu à plusieurs autres pays, dont l'Australie, le Japon, le Portugal, Singapour et les États-Unis⁶. En 2021, ces groupes étudiants se sont réunis et ont mis sur pied un cadre pour un mouvement étudiant international de la prescription sociale, soit le Social Prescribing International Student Movement Framework, qui a servi d'appel à l'action et de guide pour les champions étudiants du monde⁶. Ce cadre a attiré l'attention d'étudiants canadiens qui partageaient une passion pour la prescription sociale et un désir d'introduire ce mouvement au Canada, et c'est ainsi qu'a vu le jour le Collectif étudiant canadien de prescription sociale.

Dans ce commentaire, nous soulignons l'importance de créer un mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada, nous donnons un aperçu du Collectif étudiant canadien de prescription sociale, nous fournissons des exemples de la façon dont les étudiants contribuent aux efforts en matière de prescription sociale dans le pays et nous lançons un appel à l'action pour l'avancement du mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada.

L'importance d'un mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada

Tout au long de l'histoire, les étudiants ont été un élément moteur des mouvements sociaux⁷. Un exemple récent est le

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



Points saillants

- Un réseau mondial de champions étudiants a vu le jour dans sept pays, dont le Canada, dans le but de créer un mouvement étudiant pour la prescription sociale.
- Le Collectif étudiant canadien de prescription sociale a été créé en 2022.
- De grands progrès ont été réalisés dans la création d'un mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada, mais il reste encore beaucoup de travail à faire. Les étudiants, le personnel des organismes de santé et des organismes communautaires, ainsi que le corps professoral et le personnel administratif des établissements d'enseignement postsecondaire doivent agir en ce sens.
- Les efforts collectifs visant à créer un mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada façonneront non seulement le mouvement pour la prescription sociale en général, mais aussi l'avenir de notre système de santé.

Mots-clés : mouvement social, prescription sociale, étudiants

Rattachement des auteurs :

1. Collectif étudiant canadien de prescription sociale, Toronto (Ontario), Canada
2. Faculté des sciences, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
3. Département des méthodes, des données et de l'impact de la recherche en santé, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
4. Faculté des sciences de la santé appliquées, Université Brock, St. Catharines (Ontario), Canada

Correspondance : Caitlin Muhl, Université Queen's, 99, avenue University, Kingston (Ontario) K7L 3N6; courriel : caitlin.muhl@queensu.ca

rôle essentiel que des activistes étudiants ont joué dans la formation du mouvement Black Lives Matter⁸. Il s'ensuit que le mouvement pour la prescription sociale bénéficierait de la capacité des étudiants à favoriser le changement social. Dans le contexte canadien, des données empiriques laissent entendre que les étudiants sont désireux de soutenir le mouvement et les membres de la communauté de la prescription sociale s'entendent pour dire que l'implication des étudiants est fondamentale pour le succès du mouvement.

Cela dit, il n'est pas seulement question de l'impact des étudiants sur le mouvement, mais aussi de l'impact du mouvement sur les étudiants : il s'agit d'autonomiser les apprenants d'aujourd'hui, qui deviendront les dirigeants de demain. Puisque les données révèlent que jusqu'à 50 % des consultations en soins primaires sont liées à des problèmes non médicaux⁹, il faut aller au-delà du modèle biomédical et déplacer les soins en amont, de façon à traiter les facteurs non médicaux qui sont responsables de 80 % à 90 % de la santé et du bien-être¹⁰⁻¹². Les arguments en faveur de ce changement n'ont jamais été aussi clairs étant donné la tempête parfaite de la pandémie¹³, d'une population mondiale vieillissante¹⁴ et d'une pénurie mondiale de travailleurs de la santé, estimée à 18 millions de travailleurs (20 % de la main-d'œuvre mondiale) d'ici 2030¹⁵. Selon les sages paroles de Hamaad Khan, étudiant en médecine et champion de la prescription sociale au Royaume-Uni, il faut se demander où est la « santé » dans notre système de santé et où sont les « soins » dans les soins de santé que nous prodiguons¹⁶. Nous sommes à un point critique, mais il y a de l'espoir pour l'avenir : en inculquant les valeurs de la prescription sociale à nos étudiants, nous leur donnerons les moyens de « créer de la santé dans notre système de santé » et de prodiguer de meilleurs soins aux patients. Voilà ce que nous espérons réaliser avec le mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada.

Le Collectif étudiant canadien de prescription sociale

Le Collectif étudiant canadien de prescription sociale a été mis sur pied en 2022. Notre mission est de créer un mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada. Nous sommes guidés par quatre valeurs : 1) la collaboration, 2) l'éducation, 3) la défense des intérêts et 4) l'innovation.

Nous comptons plus de 350 membres représentant plus de 35 établissements d'enseignement postsecondaire en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador. Nous comptons parmi nos membres des étudiants de premier cycle, des étudiants des cycles supérieurs et des étudiants de niveau collégial inscrits à différents programmes (sciences de la santé, kinésiologie, médecine, soins infirmiers, pharmacie, psychologie, santé publique, travail social, etc.).

Outre nos membres, nous avons établi des partenariats avec plus de 20 établissements d'enseignement et organismes communautaires. En tant que communauté en ligne, nous communiquons avec nos membres et nos partenaires par courriel, au moyen d'un bulletin d'information, avec Slack et en tenant des réunions sur Zoom et nous sommes en lien avec la communauté de la prescription sociale en général grâce à notre page web, à nos comptes de médias sociaux, à des webinaires, à des présentations et à des conférences. Nous sommes affiliés à l'Institut canadien de prescription sociale, qui veille à ce que les travaux du mouvement étudiant pour la prescription sociale demeurent alignés sur ceux du mouvement plus large pour la prescription sociale au Canada.

Nos efforts visant à créer le mouvement étudiant pour la prescription sociale se diffusent à l'échelle locale, nationale et internationale. À l'échelle locale, nous avons des sections dans les établissements d'enseignement postsecondaire. À l'échelle nationale, nous nous réunissons dans le cadre d'assemblées générales et de cinq groupes de travail chargés de divers domaines d'intérêt : 1) la recherche, 2) les politiques, 3) les pratiques, 4) l'application des connaissances et 5) la médecine. Enfin, à l'échelle internationale, nous représentons le Canada au sein du Conseil étudiant mondial pour la prescription sociale (Global Social Prescribing Student Council), qui réunit les responsables de groupes étudiants du monde entier s'intéressant à la prescription sociale afin de faire progresser le mouvement étudiant mondial pour la prescription sociale.

Nous avons récemment mené une enquête sur l'expérience des membres, et il en est ressorti que les étudiants jugent tirer

profit de leur participation à notre groupe. En effet, lorsque nous les avons interrogés au sujet de leur participation, 82,3 % de nos membres ont reconnu que ce groupe avait amélioré leurs connaissances sur la prescription sociale et 88,2 % que ce groupe les avait aidés à entrer en contact avec d'autres étudiants qui s'intéressent à la prescription sociale. En ce qui concerne l'avenir, nous espérons déployer nos efforts, augmenter le nombre de nos membres, mieux comprendre l'efficacité de nos efforts et fournir des données probantes sur la prescription sociale en étudiant des domaines pertinents qui n'ont pas encore été explorés, comme ce qui motive les étudiants à s'impliquer dans le mouvement étudiant pour la prescription sociale.

Contribution des étudiants aux efforts en matière de prescription sociale au Canada

Les étudiants ont commencé à participer aux efforts en matière de prescription sociale au Canada plusieurs années avant la création du Collectif étudiant canadien de prescription sociale. Par exemple, des étudiants en stage ont participé au premier projet pilote de prescription sociale au Canada (2018-2020)¹⁷. Il est à noter que les programmes de prescription sociale tirent parti du fait que les étudiants peuvent agir à titre de facilitateurs depuis plus d'une décennie^{18,19}. En Colombie-Britannique, on a créé la Basics for Health Society en 2012 pour permettre aux organismes communautaires et de soins de santé de répondre aux besoins sociaux des patients, en faisant appel à des étudiants bénévoles ayant reçu une formation pour orienter les patients vers les ressources communautaires dont ces derniers avaient besoin¹⁸. En Ontario, la clinique NORD (Naviguer Ottawa pour des Ressources Disponibles en santé), dirigée par des étudiants en médecine et en droit de l'Université d'Ottawa, a été fondée en 2018¹⁹. Les établissements de soins adressent les patients ayant des besoins sociaux à la clinique NORD, où des étudiants bénévoles ayant reçu une formation les orientent vers les ressources communautaires dont ils ont besoin. Ces programmes permettent non seulement de répondre aux besoins sociaux des patients et d'améliorer l'équité en matière de santé des communautés mal desservies, mais aussi d'enrichir l'expérience éducative des étudiants grâce à des possibilités d'apprentissage par l'expérience.

Depuis le lancement du Collectif étudiant canadien de prescription sociale, plusieurs initiatives dirigées par des étudiants ont vu le jour, une conséquence directe de la communauté étudiante qui a été cultivée. À l'échelle locale, la section de l'Université Brock collabore avec les services de santé aux étudiants dans le but de mettre sur pied un programme de prescription sociale sur le campus. Ailleurs en Ontario, la section de l'Université de Toronto a accueilli le premier congrès étudiant du pays sur la prescription sociale. À l'échelle nationale, notre groupe de travail sur la recherche mène actuellement une étude exploratoire sur la prescription sociale et les étudiants²⁰, et notre groupe de travail sur les politiques a récemment élaboré un exposé de politique faisant valoir l'importance de la prescription sociale pour le soutien de la santé mentale des étudiants sur le campus.

Outre le travail qu'ils font par l'intermédiaire du Collectif étudiant canadien de prescription sociale, les étudiants contribuent à la recherche, aux politiques et aux pratiques en matière de prescription sociale en faisant des travaux de thèse, des stages, des internats, des assistanats de recherche et des stages coopératifs.

Par exemple, en Ontario, des étudiants en stage à l'Université de Guelph travaillent avec le programme de prescription sociale au Centre de santé communautaire de Guelph tandis qu'au Québec, des stagiaires à l'Université McGill soutiennent les efforts visant à implanter la prescription sociale dans les cliniques de soins primaires et, ailleurs au Canada, des étudiants soutiennent le travail effectué à l'Institut canadien de prescription sociale dans le cadre de stages et d'assistanats de recherche.

En outre, les étudiants soutiennent le mouvement pour la prescription sociale en s'acquittant de tâches rémunérées comme non rémunérées, distinctes de leurs activités universitaires tout en étant complémentaires. Par exemple, des étudiants coordonnent les programmes de prescription sociale de divers organismes, comme Fraser Health en Colombie-Britannique et le Vanier Social Pediatric Hub en Ontario, et des étudiants d'un peu partout au pays se portent volontaires pour participer à divers programmes, comme le Programme d'appels amicaux de la Croix-Rouge canadienne et le Partenariat étudiant-ainé pour

prévenir l'isolement, qui visent à aider les personnes qui se sentent seules et isolées socialement.

Toutes ces expériences permettent aux étudiants d'appliquer ce qu'ils ont appris en classe sur la promotion de la santé, la réflexion en amont et le pouvoir de la communauté.

Appel à l'action

S'il est important de se réjouir des progrès accomplis jusqu'à présent dans la création du mouvement étudiant pour la prescription sociale, il reste encore beaucoup de travail à faire. Nous lançons donc un appel à l'action aux étudiants, au personnel des organismes de soins de santé et des organismes communautaires ainsi qu'au corps professoral et au personnel administratif des établissements d'enseignement postsecondaire afin qu'ils soutiennent l'avancement du mouvement étudiant pour la prescription sociale au Canada.

1. Nous lançons un appel aux étudiants afin qu'ils rejoignent le Collectif étudiant canadien de prescription sociale et soutiennent la recherche, les politiques et les pratiques en matière de prescription sociale dans le cadre d'activités universitaires (travaux de thèse, stages, internats, assistanats de recherche, stages coopératifs, etc.) et non universitaires (tâches rémunérées et non rémunérées).

Vous pouvez vous inscrire ici : <https://www.socialprescribing.ca/fr-ca/student-collective>.

2. Nous lançons un appel au personnel des organismes de soins de santé et des organismes communautaires ainsi qu'au corps professoral et au personnel administratif des établissements d'enseignement postsecondaire afin qu'ils nous rejoignent et augmentent le degré et le type d'implication des étudiants dans les efforts en matière de prescription sociale (facilitation, élaboration de programmes, évaluation de programmes, recherche, etc.) dans le cadre d'activités universitaires et non universitaires.

Que vous souhaitiez simplement recevoir notre bulletin d'information ou explorer les possibilités qui s'offrent aux étudiants, vous pouvez vous inscrire ici : <https://www.socialprescribing.ca/fr-ca/student-collective>.

3. Nous lançons un appel au corps professoral et au personnel administratif des établissements d'enseignement postsecondaire afin qu'ils renforcent nos efforts visant à former les étudiants à la prescription sociale en intégrant ce concept dans les programmes d'études en santé (médecine, soins infirmiers, ergothérapie, pharmacie, physiothérapie, travail social, etc.), en alliant l'enseignement didactique aux possibilités d'apprentissage par l'expérience.

Selon ce que nous avons observé dans d'autres pays, les efforts déployés par les étudiants pour sensibiliser leurs pairs à la prescription sociale doivent être renforcés par une éducation formelle qui allie l'enseignement didactique aux possibilités d'apprentissage par l'expérience^{4,21-25}.

Ensemble, ces mesures vont aider à créer un mouvement étudiant pour la prescription sociale qui façonnera non seulement le mouvement pour la prescription sociale en général mais aussi l'avenir de notre système de santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier Sonia Hsiung pour son mentorat et pour ses précieux commentaires sur cet article. Nous tenons également à remercier Niloufar Aran pour sa contribution au Collectif étudiant canadien de prescription sociale en tant que cofondatrice et codirectrice avant son départ pour étudier à l'étranger.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteures et avis

Conception : CM

Rédaction de la première version du manuscrit : CM

Relectures et révisions : CM, LB, MR, EMS

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

Références

1. Muhl C, Mulligan K, Bayoumi I, Ashcroft R, Godfrey C. Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study. *BMJ Open*. 2023; 13(7):e070184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070184>
2. Khan H, Giurca BC, Sanderson J, et al. Social prescribing around the world: a world map of global developments in social prescribing across different health system contexts. London (UK): Global Social Prescribing Alliance; 2023. En ligne à : <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/1yeoktid/social-prescribing-around-the-world.pdf>
3. Mulligan K, Hsiung S, Bloch G, et al. Social prescribing in Canada: a tool for integrating health and social care for underserved communities. *Healthc Q*. 2023;25(4):17-22. <https://doi.org/10.12927/hcq.2023.27022>
4. Giurca BC. Social prescribing student champion scheme: a novel peer-assisted-learning approach to teaching social prescribing and social determinants of health. *Educ Prim Care*. 2018;29(5):307-309. <https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1483211>
5. U.S. Social Prescribing Student Movement launch webinar [vidéo YouTube]. Cambridge (MA): Harvard Undergraduate Initiative for SP; 2023 [consultation le 10 avr. 2023]. En ligne à : https://www.youtube.com/watch?v=d_b-gGmH8bk
6. Global Social Prescribing Alliance. Social prescribing: international student movement framework. London (UK): Global Social Prescribing Alliance; 2021. En ligne à : <https://www.gspalliance.com/student-movement-framework>
7. Tucker T, Hilterbrand NJ. Empowering students to fight the power: student engagement in today's social movements. Dans : Bowhay V (dir.). *The proper role of higher education in a democratic society* [livre électronique]. Hershey (PA): IGI Global; 2021. En ligne à : <http://services.igi-global.com/resolvedoi/resolve.aspx?doi=10.4018/978-1-7998-7744-8.ch011>
8. Rim C. How student activism shaped the Black Lives Matter movement. *Forbes* [Internet]; 2020 [consultation le 10 avr. 2023]. En ligne à : <https://www.forbes.com/sites/christopherrim/2020/06/04/how-student-activism-shaped-the-black-lives-matter-movement/>
9. Malby B, Boyle D, Wildman J, Smith S, Omar SB. The asset-based health inquiry: how best to develop social prescribing? London (UK): London South Bank University; 2019 [consultation le 10 avr. 2023]. En ligne à : https://www.lsbu.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0018/251190/lstu-asset-based_health_inquiry.pdf
10. Magnan S. Social determinants of health 101 for health care: five plus five. [Document de discussion.] Washington (DC): National Academy of Medicine; 2017. <https://doi.org/10.31478/201710c>
11. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Integrating social care into the delivery of health care: moving upstream to improve the nation's health. Washington (DC): The National Academies Press; 2019. En ligne à : <https://www.nationalacademies.org/our-work/integrating-social-needs-care-into-the-delivery-of-health-care-to-improve-the-nations-health>
12. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5):e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
13. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2024 [consultation le 5 mars 2024]. En ligne à : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
14. Organisation mondiale de la santé (OMS). Vieillesse et santé [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2022 [consultation le 10 avr. 2023]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
15. Britnell M. Human: solving the global workforce crisis in healthcare. London (UK): Oxford University Press; 2019. 216 p.
16. Khan H. The Social Prescribing Show 2023 [vidéo YouTube]. Présentation dans le cadre de : The Social Prescribing Show 2023, le 14 mars 2023; London, UK: 05:09:30. En ligne à : <https://www.youtube.com/watch?v=nZPtm9Jvv-g>
17. Alliance for Healthier Communities. Rx: Community—social prescribing in Ontario: final report. Toronto (Ont.): Alliance for Healthier Communities; 2020. En ligne à : https://cdn.ymaws.com/aohc.site-ym.com/resource/group/e0802d2e-298a-4d86-8af5-21156f9c057f/rxcommunity_final_report_mar.pdf
18. Basics for Health Society. What we do [Internet]. Vancouver (BC): Basics for Health Society; [date inconnue; consultation le 10 avr. 2023]. En ligne à : <http://www.basicsforhealthsociety.ca/what-we-do>
19. Talloires Network of Engaged Universities. The NORTH (Navigating Ottawa Resources To Improve Health) clinic, University of Ottawa (Canada) [Internet]. Medford (MA): Talloires Network of Engaged Universities; 2022 [consultation le 10 avr. 2023]. En ligne à : <https://talloiresnetwork.tufts.edu/about-the-macjannet-prize/2022-macjannet-prize-winners/north-clinic/>
20. Muhl C, Wadge S, Hussein T. Social prescribing and students: a scoping review protocol. *PLOS ONE*. 2023;18(8):e0289981. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289981>
21. Lee A, Sundar S. Social prescribing: an essential but neglected component of the undergraduate medical curriculum. *Educ Prim Care*. 2018;29(6):385. <https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1514534>
22. Santoni C, Giurca BC, Li TM, et al. Evaluating student perceptions and awareness of social prescribing. *Educ Prim Care*. 2019;30(6):361-367. <https://doi.org/10.1080/14739879.2019.1669223>
23. Mazaheri M, Khorramzadeh M, Rezai-Rad M, et al. Using social prescribing by Iranian medical students: a step towards community-orientation and social determinants of health by revising the health internship curriculum. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):661. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03718-8>

-
24. Chitson S, Wylie A. The impact and potential value for medical students of implementing social prescribing projects in primary care. *Educ Prim Care*. 2020;31(1):57-59. <https://doi.org/10.1080/14739879.2019.1703561>
 25. Ward A, Asif A, Cattermole R, et al. Social prescribing by students: the design and delivery of a social prescribing scheme by medical students in general practice. *Educ Prim Care*. 2020;31(5):318-322. <https://doi.org/10.1080/14739879.2020.1799437>

Aperçu

Prescription sociale à l'intention des personnes noires : l'importance d'une approche afrocentrique

Sofia Ramirez, BSc, CPAC (1); Natasha Beaudin, B.B.A (1); Jennifer Rayner, Ph. D. (2) Neil Price, Ph. D. (3); Daniel Townsend, M. Sc. (1)

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

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



Résumé

Le projet de prescription sociale à l'intention des Noirs est une initiative originale de l'Alliance pour des communautés en santé qui associe les principes afrocentriques à la prescription sociale. Au-delà des modèles conventionnels de prescription sociale, ce projet répond à des besoins particuliers en matière de santé au sein des communautés noires. Il est ancré dans la Stratégie de promotion de la santé des Noirs de l'Alliance, milite pour la santé des personnes noires et est guidé par les principes afrocentriques. Le cadre d'évaluation accorde la priorité à la voix des clients, assure la sécurité culturelle et, grâce au temps consacré à l'instauration d'un climat de confiance, souligne l'importance d'une approche inclusive. Le projet de prescription sociale à l'intention des Noirs a le potentiel de favoriser la confiance et la mobilisation de la communauté et d'améliorer les résultats en matière de santé dans la communauté noire.

Mots-clés : *prescription sociale à l'intention des personnes noires, afrocentricité, santé holistique, racisme envers les personnes noires*

Introduction

La prescription sociale intègre les aspects sociaux et cliniques de la santé et reconnaît l'interdépendance du bien-être physique, du bien-être mental et du bien-être social. Grâce à la prescription sociale, une voie officielle d'aiguillage documentée dans le dossier médical électronique du client le relie à des services locaux non cliniques pour régler des problèmes comme la connectivité sociale, la dépression légère ou l'anxiété. La prescription sociale met l'accent sur une approche fondée sur les forces pour élaborer conjointement des solutions avec les clients, ainsi que sur la collecte régulière des mesures de l'expérience autodéclarée par les clients comme données significatives. Bien que la prescription sociale soit efficace dans diverses communautés, on reconnaît de plus en plus la nécessité de mettre en œuvre des

interventions adaptées aux expériences spécifiques des populations ethniques et culturelles¹. Dans cet article, nous explorons l'importance d'une approche afrocentrique au sein du projet de prescription sociale à l'intention des personnes noires, en misant sur le contexte culturel et la collectivité pour améliorer les résultats en matière de santé des personnes noires.

Projet pilote de Rx : Communauté prescription sociale

L'Alliance pour des communautés en santé, qui est un réseau d'organisations de soins de santé primaires dispensés en équipe régi par des collectivités en Ontario, a mené le projet pilote de Rx : Communauté prescription sociale², soit le premier projet de recherche sur la prescription sociale au Canada, entre 2018 et 2020. Plus de 1 100 clients adultes ont participé au projet

Points saillants

- La prescription sociale est une approche en matière de soins de santé qui met en relation les aspects sociaux et cliniques de la santé.
- Il est essentiel d'assurer un accès aux services sans discrimination pour améliorer la santé des personnes noires en Ontario.
- Les interventions adaptées sont de plus en plus reconnues comme nécessaires pour affronter les difficultés auxquelles font face divers groupes ethniques et culturels.
- La prescription sociale à l'intention des personnes noires, plus particulièrement l'approche afrocentrique, vise à améliorer les résultats en matière de santé des personnes noires.
- Pour évaluer un programme de prescription sociale à l'intention des personnes noires, il faut prendre le temps de créer un cadre et de prendre en compte ses aspects nuancés.

pilote dans 11 centres de santé communautaires. Près de la moitié d'entre eux avaient entre 61 et 80 ans et plus du tiers s'étaient identifiés comme non-Blancs. Une évaluation à méthodes mixtes a été mise en œuvre au moyen de sondages et

Rattachement des auteurs :

1. Alliance pour des communautés en santé, Toronto (Ontario), Canada
2. Centre for Studies in Family Medicine, Faculté des sciences de la santé, Université Western, London (Ontario), Canada
3. LogicalOutcomes, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Jennifer Rayner, Faculté des sciences de la santé de l'Université Western, Centre for Studies in Family Medicine, 1465, rue Richmond, London (Ontario) N6A 5B9; courriel : jennifer.rayner@allianceon.org

de groupes de discussion avant et après l'intervention pour analyser les principaux thèmes et changements dans les résultats autodéclarés en matière de santé. Les participants ont fait état d'une réduction du stress et de l'anxiété, d'une meilleure confiance en soi et d'une meilleure perception de leur raison d'être ainsi que d'une amélioration de leurs compétences en gestion de la santé. Le projet pilote a révélé un bien-être accru chez les clients, en particulier une diminution perçue de la solitude et des troubles de santé mentale, et une participation accrue aux activités sociales. Les consultations répétées chez les cliniciens ont également diminué².

Le Comité de la santé des Noirs et la Stratégie de promotion de la santé des Noirs

En 2018, des chefs de file en matière de santé des personnes noires en Ontario ont mis sur pied le Comité de la santé des Noirs afin de mettre à profit leur rôle au sein des organismes de santé communautaires pour améliorer les résultats en matière de santé dans les populations noires de l'Ontario. Le Comité de la santé des Noirs a créé la Stratégie de promotion de la santé des Noirs, soit un cadre stratégique fondé sur des données probantes qui fait partie intégrante de la vision de la promotion de la santé des personnes noires. La Stratégie décrit les processus fondamentaux visant à assurer des normes de santé équitables pour les personnes noires qui reçoivent des soins en Ontario.

Les travaux réalisés dans le cadre de la Stratégie de promotion de la santé des Noirs ont permis d'orienter le projet de prescription sociale à l'intention des Noirs, soulignant que la prescription sociale pourrait être un outil précieux pour répondre aux besoins spécifiques de la population noire par l'intégration de la compétence culturelle et des interventions ciblées qui tiennent compte des facteurs historiques et systémiques ayant une influence sur la santé et le bien-être de la population noire³.

Projet de prescription sociale à l'intention des Noirs

En s'appuyant sur les leçons tirées du projet pilote et en utilisant la Stratégie de promotion de la santé des Noirs, l'Alliance a créé le projet de prescription sociale à l'intention des Noirs. Les centres de santé

communautaires (CSC) réputés pour leur soutien aux clients noirs ont été sélectionnés pour élaborer un modèle de prescription sociale à l'intention de clients de tous âges qui partagent des valeurs et des principes afrocentriques, afin de fournir un cadre pour la diffusion des travaux à cet égard. Ces CSC sont les suivants : Black Creek, Rexdale et TAIBU à Toronto ainsi que Somerset West à Ottawa.

Buts du projet :

La charte du projet de prescription sociale à l'intention des Noirs énumère les trois buts principaux du projet⁴ :

- 1) élaborer un modèle de projet de prescription sociale à l'intention des personnes noires fondé sur des valeurs et des principes culturellement sûrs permettant la collecte et l'évaluation des données, afin de comprendre les processus et les répercussions connexes;
- 2) favoriser des conversations multisectorielles et des partenariats novateurs sur la prescription sociale adaptée à la culture;
- 3) élargir et approfondir les réseaux d'apprentissage et la sensibilisation du public. Ce projet offre des perspectives originales et approfondit la discussion sur les considérations relatives à la sécurité culturelle dans le cadre de la prescription sociale.

La perspective afrocentrique

L'afrocentricité souligne l'importance du contexte culturel et reconnaît les valeurs et les expériences passées des personnes d'ascendance africaine. Elle reconnaît que ces expériences façonnent les besoins et les préoccupations spécifiques des populations noires en matière de santé.

Une approche afrocentrique vise à célébrer et à renforcer l'identité culturelle au sein des communautés noires en mettant les personnes en contact avec des ressources, des activités et des réseaux de soutien culturellement pertinents. Une approche afrocentrique peut être utilisée pour fournir des soins de santé holistiques et culturellement appropriés⁵.

Connaissances traditionnelles

Lors de la création de programmes pour le projet de prescription sociale à l'intention des Noirs dans une collectivité locale desservie par un CSC, la prise en compte des valeurs des différentes communautés

permet de s'assurer que les participants ressentent et partagent un sentiment d'appartenance. Afin de s'assurer que les programmes reflètent les valeurs culturelles de la collectivité locale, le personnel des CSC a tenu une séance dirigée par des pairs pour en apprendre davantage sur les perspectives afrocentriques, en particulier sur les sept principes de Kwanzaa, qui découlent de la langue swahili⁶ :

- 1) *Umoja* (unité) : œuvrer en faveur de l'unité au sein de la famille, de la communauté, de la nation et de la race;
- 2) *Kujichagulia* (autodétermination) : définir, nommer, créer et parler pour nous-mêmes;
- 3) *Ujima* (travail collectif et responsabilité) : bâtir notre communauté ensemble, prendre en charge ses problèmes et les résoudre collectivement;
- 4) *Ujamaa* (économie coopérative) : établir et maintenir des entreprises, des boutiques et des magasins coopératifs pour une prospérité partagée;
- 5) *Nia* (intention) : faire de notre mission collective le développement et le rétablissement de la richesse traditionnelle de notre communauté;
- 6) *Kuumba* (créativité) : améliorer constamment notre communauté en la laissant plus belle et profitable aux générations futures;
- (7) *Imani* (foi) : croire de tout cœur à notre peuple.

Quatre principes directeurs ont été choisis par le Comité directeur du projet de prescription sociale à l'intention des Noirs lors d'une discussion entre pairs pour orienter les travaux : l'unité, l'intention, l'autodétermination et la créativité sont ainsi intégrées dans tous les travaux du projet.

La culture comme prescription sociale

La culture comme prescription sociale vise à rapprocher les gens du dynamisme et des forces de leur culture et, ce faisant, à améliorer leur santé globale.

Voici quelques exemples de prescriptions culturelles :

- Quarante-cinq clients ont assisté à la pièce de théâtre *Da Kink in My Hair* pour promouvoir le lien social. L'événement, qui comprenait un repas dans

un restaurant appartenant à des personnes noires, a suscité des discussions sur le contenu et les stratégies d'adaptation. Les commentaires reçus après l'événement ont souligné la valeur de la représentation des personnes noires et la nécessité de partager davantage d'histoires vécues par les personnes noires pour contribuer à la guérison communautaire.

- Le Centre de santé communautaire TAIBU a introduit le yoga kémétique, un système de mouvements africains s'inspirant de la danse africaine et des enseignements ancestraux du peuple kémétique de l'Égypte ancienne⁷. Cette pratique thérapeutique a été ajoutée à leurs programmes de prescription sociale à l'intention des personnes âgées noires afin d'offrir une option afrocentrique centrée sur le rapprochement entre l'esprit, le corps et l'âme, les valeurs holistiques et les expériences historiques des personnes d'ascendance africaine. Le gestionnaire de programme a indiqué ce qui suit : « Cela favorise non seulement la santé physique, mais aussi un sentiment d'appartenance culturelle et de conscience de soi. Grâce à la prescription sociale, nous avons été en mesure d'offrir à nos aînés un sentiment d'appartenance et d'améliorer leur qualité de vie globale⁸. » [traduction]

Travailler collectivement – penser collectivement, comme dans un village

Des réunions ont été organisées pour discuter du cadre d'évaluation et appuyer la mise en œuvre des projets. LogicalOutcomes, une société d'experts-conseils en évaluation ayant une expérience du développement communautaire, a également organisé des réunions. Ces discussions étaient centrées sur les principes afrocentriques et les limites de la vision occidentalisation pour considérer la spiritualité comme un déterminant de la santé. Plutôt que de prendre des décisions individuellement, les membres du groupe « pensent collectivement, comme dans un village », consultent leurs collègues et collaborent avec eux.

Plusieurs outils ont émergé, dont la Roue de la vie⁹, une version adaptée au projet de prescription sociale à l'intention des Noirs du formulaire d'orientation du client tiré du projet pilote qui comprend huit sphères de la vie : spirituelle, familiale,

amicale, de la santé, des finances, de la carrière, de la croissance et de la vie sociale ainsi qu'une sphère « autre » (si une catégorie doit être remplacée). Cet outil aide à cerner et à prioriser les préoccupations pertinentes des clients ainsi qu'à créer des prescriptions sociales significatives et affirmatives. De plus, les patients noirs, qui ont souvent subi des préjudices dans le système de soins de santé, bénéficient en outre du travail avec le personnel de soins de santé noir ayant vécu des expériences similaires.

Cadre d'évaluation

Le cadre d'évaluation est ancré dans les principes afrocentriques et conçu de façon à ce que les opinions et les expériences des clients soient au cœur de l'évaluation, de la collecte de données, de l'analyse et de la production de rapports. Le cadre, qui est une adaptation de celui de Hood et ses collègues¹⁰, est structuré en fonction des critères suivants :

- 1) Histoire – lieu, personnes, programme et rôle de l'évaluation; traditions, patrimoine culturel;
- 2) Emplacement – l'évaluation reconnaît le caractère intersectionnel (carrefour entre individus, organisations, systèmes et cultures);
- 3) Pouvoir – compréhension du privilège, attention à l'équité, à la justice sociale, aux disparités;
- 4) Voix – tient compte des voix exprimées et réduites au silence; inclusion et exclusion;
- 5) Connexion – met l'accent sur les relations, le moment, le lieu, l'univers; tient compte de la confiance, de la reddition de compte et de la responsabilité;
- 6) Temps – la conception met l'accent sur le rythme, la cadence et la programmation (avant, pendant et après les activités d'évaluation);
- 7) Retour – activités, constatations qui profitent à la communauté;
- 8) Souplesse – ouverture au changement, nouvelle information, perspectives culturelles; s'applique à la conception, au processus et aux produits de l'évaluation;
- 9) Réflexion – appliquer les principes d'évaluation, dont l'autoexamen.

Théorie du changement

Une théorie du changement a été élaborée dans le cadre d'un vaste processus de

consultation auquel ont participé des représentants de chaque CSC, du personnel de l'Alliance et de l'équipe de consultation. En s'appuyant sur les résultats à court, à moyen et à long termes, cette théorie enregistre les activités, les intrants et les extrants qui mènent à de meilleurs résultats en matière de santé des patients noirs (disponibles sur demande).

À moyen terme (un à deux ans), l'objectif est d'améliorer le bien-être des patients grâce à des mesures comme le renforcement des liens avec la communauté et les connaissances traditionnelles, la réduction de la solitude et la promotion de l'auto-efficacité; ces objectifs sont atteints en améliorant la santé mentale, la confiance et le bien-être spirituel et en éliminant les obstacles à la participation. Un autre objectif consiste à rehausser le rôle des travailleurs de liaison en créant un sentiment d'appartenance et, ultimement, en réduisant le roulement de personnel. Cette théorie du changement prévoit également une amélioration de la santé et du bien-être de la communauté et des rapports positifs sur la santé et le bien-être produits par les cliniciens.

À long terme (3 à 5 ans), cette théorie prévoit des améliorations des résultats en matière de santé des patients ainsi qu'une compréhension approfondie de la prestation de services afrocentriques. Elle prévoit l'intégration de la prescription sociale à l'intention des personnes noires dans la pratique des quatre centres de santé communautaires participants.

Difficultés

Par son engagement à l'égard d'une approche afrocentrique, le projet de prescription sociale à l'intention des Noirs présente des défis spécifiques qui doivent être pris en compte afin de développer un sens commun de l'objectif et de l'orientation. Compte tenu des vastes processus de participation et de l'établissement d'un consensus, il a fallu consacrer beaucoup de temps et d'efforts pour s'assurer que le projet était conforme aux principes communs. Les difficultés suivantes se sont présentées dans les débuts de la mise en œuvre :

- 1) lenteur des processus décisionnels;
- 2) difficultés à s'entendre sur les outils et les processus d'évaluation;

- 3) difficultés à instaurer un climat de confiance entre tous les intervenants principaux;
- 4) compréhension des contextes et des besoins locaux;
- 5) révision des approches, des documents et des plans du projet.

Conclusion

Pour élaborer et mettre en œuvre un projet de prescription sociale à l'intention des personnes noires efficace, il est essentiel d'examiner attentivement le contexte dans lequel les activités ont lieu. À cet effet, il faut consacrer beaucoup de temps à la consultation et à l'établissement d'un consensus et être disposé à s'adapter de façon à répondre aux besoins particuliers de la communauté. Le processus de consultation et de recherche de consensus facilite l'élaboration d'outils d'évaluation fondés sur des principes afrocentriques et tient compte des perspectives individuelles et communautaires.

Le succès du projet de prescription sociale à l'intention des personnes noires dépend de praticiens qui comprennent parfaitement les besoins, les intérêts, les expériences et les aspirations des patients en vue d'améliorer leur santé. En nous familiarisant avec les valeurs et les croyances de la communauté noire, nous pouvons instaurer la confiance, promouvoir la mobilisation et maximiser l'efficacité globale. Les clients ressentent alors un plus grand sentiment d'appartenance et sont plus susceptibles de donner suite à la prescription sociale.

En conclusion, une approche inclusive et adaptée à la culture dans le cadre du projet de prescription sociale à l'intention des personnes noires est essentielle à son succès. Grâce à une compréhension approfondie des besoins de la communauté et à l'intégration des principes afrocentriques, nous pouvons établir un lien significatif avec les personnes, promouvoir le bien-être et avoir une incidence positive sur les résultats en matière de santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier la Balsam Foundation pour avoir financé les travaux dans le cadre de ce projet.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

Conception : RS.

Administration de projet : NP et NB.

Supervision : JR.

Tous les auteurs ont contribué à l'analyse et à la rédaction de l'article.

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

Références

1. Gupta AK. Social prescribing in ethnic minority communities. *Br J Gen Pract.* 2021;71(704):109. <https://doi.org/10.3399/bjgp21X715037>
2. Mulligan K, Hsiung S, Bhatti S, Rehel J, Rayner J. Social prescribing in Ontario, final report. Toronto (Ont.): Alliance pour des communautés en santé; 2020. 82 p. En ligne à : https://issuu.com/aohc_acso/docs/rxcommunity_final_report_mar2020_fullweb
3. Comité de la santé des Noirs. Stratégie pour la santé des Noirs. Toronto (Ont.) : Alliance pour des communautés en santé; 2022. 17 p. En ligne à : https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/bhc_strategy_final-fr_final.pdf
4. Alliance pour des communautés en santé. Black-Focused Social Prescribing project charter [inédit]. Toronto (Ont.) : Alliance pour des communautés en santé; 2020.
5. Gebremikael L, Sicchia S, Demi S, Rhoden J. Approches afrocentriques d'éradication du racisme anti-Noirs dans les soins de santé et de promotion de la santé des personnes noires au Canada. *CMAJ. Journal de l'Association médicale canadienne.* 2023; 195 (3) : E129-E131. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220456-f>
6. Karenga M. Kwanzaa: a celebration of family, community and culture. Los Angeles (CA): University of Sankore Press, 1996. 143 p.

7. Evans SY. Black women's yoga history : memoirs of inner peace. Albany (NY) : State University of New York Press; 2021. 472 p.
8. Shaw T. (gestionnaire des soins de santé primaires, Centre de santé communautaire TAIBU). Communication verbale lors des entretiens menés par la société d'évaluation LogicalOutcomes, automne 2023.
9. Centre de santé communautaire TAIBU, Black-Focused Social Prescribing Steering Committee. Prescription sociale à l'intention des Noirs. Toronto (Ont.) : Alliance pour des communautés en santé. [date inconnue]. 2 p. En ligne à : https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Wheel_of_Life_-_print_-_English.pdf
10. Hood S, Hopson RK, Kirkhart KE. Culturally responsive evaluation. In: Newcomer KE, Hatry HP, Wholey JS, editors. Handbook of practical program evaluation. 4th ed. Hoboken (NJ): Wiley and Sons; 2015:281-317.

Lettre à la rédaction

Les prescriptions non cliniques m'ont donné une lueur d'espoir : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue

Myrna Norman, membre du Comité consultatif de l'Institut canadien de prescription sociale (ICPS)

En 2008, on m'a diagnostiqué une démence frontotemporale (DFT). Ce fut une expérience effrayante. Mon médecin m'a dit que « ma date de péremption » serait de 5 à 8 ans. Je me suis apitoyée sur mon sort et j'ai sombré dans une profonde dépression. Puis il y a eu d'autres médecins, d'autres événements et d'autres diagnostics : une démence à corps de Lewy, la perte de mon permis de conduire pour raisons médicales, la maladie d'Alzheimer, une démence vasculaire après un accident vasculaire cérébral, plus récemment, des troubles cognitifs légers.

Ces diagnostics signifient que j'éprouve certains problèmes au quotidien, en particulier des difficultés à trouver mes mots et un manque de concentration pour la lecture, et je suis incapable de suivre ou de retenir des recettes. J'ai causé deux dégâts d'eau dans la cuisine, pour lesquels il a fallu installer un nouveau revêtement de sol, entre autres choses. La perte de ma mémoire à court terme s'aggravait.

Cependant, je ne voulais pas abandonner. Le moment le plus marquant a été celui où j'ai pu entrevoir une lueur d'espoir. Après avoir lutté pendant près de deux ans pour accepter mon diagnostic, j'ai finalement découvert que le fait de participer et de contribuer au soutien de ma communauté était déterminant pour ma santé et que cela me permettait de prolonger mon parcours.

Aucun médecin ne m'a dit d'être heureuse, de garder espoir ou de vivre la meilleure vie que je pouvais vivre, mais c'est exactement ce dont j'avais besoin. Je crois que j'aurais trouvé le moyen de sortir de mon apitoiement sur moi-même et de ma dépression beaucoup plus tôt si mes médecins m'avaient donné les outils et la possibilité de le faire au lieu d'avoir à me débrouiller seule. Et je connais bien des gens qui ont reçu un diagnostic de DFT et qui ont actuellement besoin d'un coup de pouce.

C'est pourquoi je suis aujourd'hui une défenseuse active de la prescription sociale, et je me réjouis de l'attention et de l'intérêt que cette pratique suscite aujourd'hui. Nous avons tous besoin d'un coup de pouce pour trouver un but et une raison de faire mieux chaque jour. Je vis la meilleure vie que je pourrais vivre, je vis avec espoir, et tout le monde peut en faire autant. Il suffit d'avoir un peu d'aide de la part des médecins et de nos communautés.

Cordialement,

Myrna Norman

[Lettre à la rédaction](#) par Norman M dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Points saillants

- À la suite d'un diagnostic de démence, je me suis apitoyée sur mon sort et j'ai sombré dans une profonde dépression.
- Ce diagnostic signifie que j'éprouve certains problèmes au quotidien, en particulier de la difficulté à trouver mes mots et un manque de concentration pour la lecture, et je suis incapable de suivre ou de retenir des recettes.
- Le moment le plus marquant a été celui où j'ai pu entrevoir une lueur d'espoir.
- Le fait de participer et de contribuer au soutien de ma communauté grâce à la prescription sociale a été déterminant pour ma santé et m'a permis de prolonger mon parcours.
- Je vis la meilleure vie que je pourrais vivre, je vis avec espoir, et tout le monde peut en faire autant. Il suffit d'avoir un peu d'aide de la part des médecins et de nos communautés.

Mots-clés : *prescription sociale, résilience, espoir, soutien communautaire, démence*

Rattachement de l'auteur :

Institut canadien de prescription sociale de la Croix-Rouge canadienne, Mississauga (Ontario), Canada

Correspondance : Myrna Norman, Institut canadien de prescription sociale de la Croix-Rouge canadienne, 5700 Cancross Court, Mississauga (ON) L5R 3E9

Lettre à la rédaction

La voix du patient au cœur de la prescription sociale : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue

Sudi Barre, membre du Comité consultatif de l'Institut canadien de prescription sociale (ICPS)

En tant que fervente défenseuse d'une inclusion plus équitable des patients dans la recherche et l'écosystème des soins de santé, je crois que la clé du succès en matière de prescription sociale consiste à offrir un espace d'écoute profonde aux patients et à en faire le cœur des pratiques de prescription sociale.

J'ai récemment assisté au troisième congrès mondial annuel sur les maladies non transmissibles (World Non-Communicable Disease [WNCD] Conference), où j'ai eu l'occasion de m'exprimer en tant que personne ayant une expérience personnelle de maladie non transmissible. La plupart des participants étaient des médecins, des chercheurs et des universitaires. J'étais la seule représentante des patients. À mon sens, la prescription sociale est un chemin vers la découverte de soi, la guérison et l'autonomisation qui va au-delà des soins médicaux traditionnels. Elle offre un espace pour ce qui est essentiel à mes yeux : elle me permet à moi, tout comme aux autres patients, d'avoir un espace partagé dans l'écosystème des soins de santé plutôt que d'être traitée comme une simple bénéficiaire passive de soins.

Pour que la prescription sociale soit véritablement une pratique centrée sur la personne, dans le cadre de laquelle on demande au patient ce qui est important pour lui, il est essentiel que notre voix, soit celle des personnes ayant une expérience directe, demeure au cœur des processus de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de ces pratiques au fur et à mesure que leur nombre augmentera au Canada.

J'exhorte tous les praticiens et champions de la prescription sociale à créer un espace qui encourage les patients à prendre en charge leurs propres soins et qui leur permet de le faire. Si nous procédons de la sorte, les pratiques de prescription sociale se répandront et deviendront une option thérapeutique valable, et nous aurons tous certainement un avenir meilleur, avec plus de compassion.

Cordialement,

Sudi Barre

[Lettre à la rédaction](#) par Barre S dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Points saillants

- Je crois que la clé du succès en ce qui concerne la prescription sociale consiste à écouter attentivement les patients et à centrer les pratiques de prescription sociale sur cette écoute.
- La prescription sociale est un chemin vers la découverte de soi, la guérison et l'autonomisation qui va au-delà des soins médicaux traditionnels.
- La prescription sociale se concentre sur ce qui compte pour le patient.
- Pour que la prescription sociale soit véritablement une pratique centrée sur la personne, il est important que les personnes ayant une expérience directe demeurent au cœur des processus de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de ces pratiques, au fur et à mesure que leur nombre augmentera au Canada.

Mots-clés : *prescription sociale, voix des patients, pratique centrée sur la personne, défense des intérêts*

Rattachement de l'auteur :

Institut canadien de prescription sociale de la Croix-Rouge canadienne, Mississauga (Ontario), Canada

Correspondance : Sudi Barre, Institut canadien de prescription sociale de la Croix-Rouge canadienne, 5700 Cancross Court, Mississauga (ON) L5R 3E9

Lettre à la rédaction

Formation des médecins sur la prescription sociale : le point de vue des personnes ayant une expérience vécue

Herb Paquette, membre du Comité consultatif de l'Institut canadien de prescription sociale (ICPS)

Lettre à la rédaction par Paquette H dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



En tant que personne ayant une expérience directe de l'amélioration de la santé que peut apporter la prescription sociale, je crois qu'il est de la plus haute importance de faire progresser la prescription sociale. Pour y parvenir, il faut que les médecins connaissent la valeur de cette pratique, sachent où adresser les patients et sachent comment le faire de la manière la plus simple et la plus efficace possible. Dans le même ordre d'idées, je pense que l'éducation dans les universités et les écoles de médecine est essentielle, car si les étudiants ne savent pas ce qu'est la prescription sociale, ils ne la pratiqueront pas et ne la défendront pas.

J'ai récemment consulté mon médecin de famille, comme je le fais souvent, et je lui ai demandé si le terme « prescription sociale » lui disait quelque chose. Elle a dit qu'elle connaissait le terme, mais que cela ne faisait pas partie de sa pratique parce qu'elle ne savait pas quels organismes seraient appropriés pour y adresser ses patients. J'ai ensuite demandé à mon hémato-oncologue s'il avait déjà entendu ce terme. Il a répondu par la négative mais a offert de s'informer sur le sujet, sans toutefois faire de promesses.

Je me suis donc demandé si la prescription sociale était enseignée dans nos écoles de médecine. J'ai fait quelques recherches rudimentaires sur l'enseignement de la prescription sociale dans les écoles de médecine et j'ai pu constater qu'il ne semble pas y avoir beaucoup d'information sur la mesure dans laquelle les écoles de médecine de l'Ontario enseignent la prescription sociale comme une forme de soins aux patients au sens où nous l'entendons. En tant que personne en situation de handicap, j'ai une expérience directe des interactions avec un organisme à but non lucratif et de la prescription sociale pour mes problèmes de santé et de bien-être et il ne fait aucun doute pour moi que ces organismes ont permis à des patients d'éviter d'être hospitalisés, en outre avec des services (bien) moins onéreux.

Si nous voulons que la prescription sociale progresse au Canada, il faut commencer par le début et demander aux écoles de médecine et aux ministères de l'éducation concernés d'intégrer la prescription sociale dans le cursus d'études. Les meilleures écoles de médecine sont très influentes, et si elles montrent l'exemple en intégrant la prescription sociale à leur programme d'études médicales, d'autres emboîteront le pas.

Si les écoles de médecine se faisaient les porte-étendard de la prescription sociale, nos médecins apprendraient sans doute, comme ils le font dans d'autres pays, la valeur d'offrir du soutien social et d'aiguiller les patients vers ces ressources, à la fois pour de meilleurs soins de santé pour les patients et pour une réduction des coûts.

Je crois sincèrement que la prescription sociale est une dimension importante des soins de santé qui mérite plus d'attention dans les cabinets des médecins de famille et des spécialistes, dans le cursus des études médicales, dans les hôpitaux et dans la communauté, afin que nous puissions travailler ensemble à bâtir une nation en bonne santé.

Merci,

Herb Paquette

Mots-clés : *prescription sociale, formation des médecins, école de médecine, défense des intérêts, réduction des coûts des soins de santé, soins de santé de qualité supérieure*

Points saillants

- Pour faire progresser la prescription sociale, il faut que les médecins connaissent la valeur de cette pratique et sachent où adresser les patients et comment le faire de la manière la plus simple possible.
- Lors d'une visite chez mon médecin, j'ai pu constater que les médecins de famille ne connaissent pas toujours les différents organismes qui sont en mesure d'offrir des services dans le cadre d'une prescription sociale, ce qui explique qu'ils ne parviennent pas à faire des prescriptions sociales adéquates pour leurs patients.
- En m'informant sur le sujet, je me suis aperçu que la définition de la prescription sociale enseignée dans les écoles de médecine de l'Ontario ne correspondait pas tout à fait à la définition que nous en donnons.
- Si nous voulons que la prescription sociale progresse au Canada, il faut commencer par le début et demander aux écoles de médecine et aux ministères de l'éducation postsecondaire concernés d'intégrer la prescription sociale dans le cursus d'études.
- Si les écoles de médecine se faisaient les porte-étendard de la prescription sociale, nos médecins apprendraient sans doute, comme ils le font dans d'autres pays, l'importance d'offrir du soutien social et d'aiguiller les patients vers ces ressources, à la fois pour de meilleurs soins de santé pour les patients et pour une réduction des coûts.

Rattachement de l'auteur :

Institut canadien de prescription sociale de la Croix-Rouge canadienne, Mississauga (Ontario), Canada

Correspondance : Herb Paquette, Institut canadien de prescription sociale de la Croix-Rouge canadienne, 5700 Cancross Court, Mississauga (ON) L5R 3E9

Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques

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

Rédacteurs invités : Stephanie Prince Ware, Ph. D. (Agence de la santé publique du Canada), Gavin McCormack, Ph. D. (Université de Calgary)



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

L'endroit où nous travaillons, apprenons, jouons, mangeons et vivons a des répercussions importantes sur la santé. L'environnement bâti est associé au développement des maladies chroniques, et les comportements liés à la santé sont souvent considérés comme les voies critiques menant à cette relation^{1,2}. L'environnement bâti désigne tout élément de l'environnement physique créé ou modifié par l'humain et inclut les structures et les bâtiments, les installations de loisir, les espaces verts et les parcs, les infrastructures de transport et l'aménagement des collectivités.

Les expériences naturelles sont des interventions qui se produisent sans que le chercheur ne puisse interférer sur l'intervention ou l'exposition à cette intervention^{3,4}. Elles offrent la possibilité d'évaluer les effets des interventions « naturelles », comme les modifications apportées à l'environnement bâti (p. ex. la création d'une nouvelle piste cyclable, l'amélioration des parcs, la modification des infrastructures dans les écoles ou les lieux de travail, la construction d'une nouvelle installation de loisirs ou d'une nouvelle épicerie) sur les comportements liés à la santé et les risques de maladies chroniques. Les expériences naturelles s'avèrent souvent plus pratiques pour étudier les effets des interventions environnementales sur la santé par rapport aux études expérimentales classiques (p. ex. les essais contrôlés randomisés). Comparativement aux études transversales, les expériences naturelles permettent de générer des données probantes rigoureuses pour mieux établir la causalité et de comprendre la mise en œuvre des interventions dans des situations du « monde réel ».

Ce numéro spécial se veut une réponse à l'appel à l'action lancé par l'administratrice en chef de la santé publique dans son rapport annuel de 2017 en vue d'évaluer davantage les effets des caractéristiques de l'aménagement des collectivités sur la santé au Canada⁵. Il fait écho à l'intérêt grandissant des milieux universitaires et décisionnels pour l'utilité des expériences naturelles en tant qu'outil essentiel pour faire progresser l'ensemble des données probantes et pour guider les interventions visant à améliorer la santé publique et des populations^{6,7}. Plus précisément, ce numéro spécial sur les expériences naturelles a pour objectif de fournir en temps opportun des données probantes pour mieux comprendre l'efficacité des interventions touchant les environnements bâtis sur les comportements liés à la santé et la prévention des maladies chroniques dans le contexte canadien.

Les rédacteurs de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* sollicitent des articles de recherche d'actualité pertinents qui présentent de nouvelles conclusions ou qui résument ou examinent les données probantes actuelles sur des expériences naturelles touchant l'environnement bâti (ou des politiques connexes) qui influent sur les comportements en matière de santé ayant des répercussions sur la prévention des maladies chroniques au Canada.

Ces sujets pertinents peuvent comprendre ce qui suit :

- les environnements bâtis, notamment les collectivités ou les quartiers, les lieux de travail, les écoles, les infrastructures de transport, les milieux de vie, les environnements de loisirs, les parcs, les terrains de jeux, les espaces verts, les espaces publics ouverts, les environnements naturels et les résidences pour personnes âgées;
- tous les comportements liés à la santé, notamment l'activité physique, le comportement sédentaire, le sommeil, la consommation alimentaire, le tabagisme et l'utilisation de substances;
- les maladies chroniques et les résultats liés à la santé, notamment l'indice de masse corporelle, la condition physique, la tension artérielle, les lipides sanguins, la glycémie, les blessures, les chutes, la santé mentale, le stress, la dépression, l'anxiété, la maladie d'Alzheimer, la démence, l'obésité, le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires.

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

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

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

Échéance pour les soumissions : 30 novembre 2024

Références

1. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*. 2012;125(5):729-737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022>
2. Frank LD, Iroz-Elardo N, MacLeod KE, Hong A. Pathways from built environment to health: a conceptual framework linking behavior and exposure-based impacts. *J Transp Health*. 2019;12:319-335. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2018.11.008>
3. Leatherdale ST. Natural experiment methodology for research: a review of how different methods can support real-world research. *Int J Soc Res Methodol*. 2019;22(1):19-35. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1488449>
4. Craig P, Cooper C, Gunnell D, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(12):1182-1186. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200375>
5. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
6. Ogilvie D, Adams J, Bauman A, et al. Using natural experimental studies to guide public health action: turning the evidence-based medicine paradigm on its head. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(2):203-208. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213085>
7. Craig P, Campbell M, Bauman A, et al. Making better use of natural experimental evaluation in population health. *BMJ*. 2022; 379:e070872. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070872>

Autres publications de l'ASPC

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



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

Baddeliyanage R, Enns A, VanSteelandt A, Abele B, Kouyoumdjian F, Schleihauf E, Pan S, [...] Rotondo J. Substance-related acute toxicity deaths by area-based characteristics: a descriptive analysis of a national chart review study of coroner and medical examiner data. *Int J Ment Health Addiction*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01259-3>

Kelly SE, Benkhedda K, Brooks SPJ, MacFarlane AJ, **Greene-Finestone L**, Skidmore B, et al. Risk of bias in cross-sectional studies: protocol for a scoping review of concepts and tools. *MethodsX*. 2024;12. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2024.102610>

Khan F, Coutts SB, Hill MD. Letter by Khan et al. regarding article, "Long-term incidence of ischemic stroke after transient ischemic attack: a nationwide study from 2014 to 2020." *Circulation*. 2024;149(10):797-8. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067840>

Lange S, Kim KV, Lasserre AM, **Orpana H**, Bagge C, Roerecke M, et al. Sex-specific association of alcohol use disorder with suicide mortality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024:E241941. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.1941>

Lozano D, Dohoo C, Elfstrom D, Carswell K, **Guthrie JL.** COVID-19 outbreak at a residential apartment building in Northern Ontario, Canada. *Epidemiol Infect*. 2024;152:e53. <https://doi.org/10.1017/S0950268824000256>

MacNeil A, Li G, Gulati I, Taunque A, **Jiang Y, de Groh M**, et al. Depression during the COVID-19 pandemic among older adults with stroke history: findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024;39(2):e6062. <https://doi.org/10.1002/gps.6062>

Peng A, Bosco S, Simmons AE, **Tuite AR**, Fisman DN. Impact of community mask mandates on SARS-CoV-2 transmission in Ontario after adjustment for differential testing by age and sex. *PNAS Nexus*. 2024;3(2):pgae065. <https://doi.org/10.1093/pnasnexus/pgae065>

Rolland-Harris E, Bryan S, VanTil L. Studying military and veteran health using a life-course approach: lessons learned from a Canadian record linkage study. *J Mil Veteran Fam Health*. 2024;10(1):7-15. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2022-0071>

Saxena S, Zutrauen S, McFaul SR. Assault-related traumatic brain injury hospitalizations in Canada from 2010 to 2021: rates, trends and comorbidity. *Inj Epidemiol*. 2024;11(1). <https://doi.org/10.1186/s40621-024-00486-5>

Warkentin MT, Ruan Y, Ellison LF, Billette JM, **Demers A**, Liu F, et al. Progress in site-specific cancer mortality in Canada over the last 70 years. *Sci Rep*. 2024;14(1):5688. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56150-x>

