

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

## *Recherche, politiques et pratiques*

Volume 46 • numéro 4 • avril 2026

### Dans ce numéro

#### *Recherche originale par méthodes mixtes*

- 149** Une approche par méthodes mixtes pour comprendre les expériences des pharmaciens en lien avec le questionnaire sur le risque de diabète CANRISK et son guide de l'utilisateur

#### *Recherche qualitative originale*

- 158** Évolution de l'influence de la stigmatisation liée à la santé mentale dans les organisations de sécurité publique de l'Ontario : une étude qualitative

#### *Recherche quantitative originale*

- 172** Associations longitudinales entre les changements en matière de situation d'emploi et les symptômes dépressifs au début de la pandémie de COVID-19 : données probantes de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV)
- 185** L'impact de la légalisation du cannabis à des fins récréatives sur les visites aux urgences pédiatriques en Colombie-Britannique (Canada)

#### *Annonce*

- 196** 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

Marnie Johnstone, B. Sc. spécialisé  
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.  
Rédacteur scientifique en chef

Justin J. Lang, Ph. D.  
Rédacteur scientifique en chef délégué

Avirop Biswas, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Neeru Gupta, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

Rod Knight, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Heather Orpana, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

Kelly Skinner, Ph. D.  
Rédactrice scientifique adjointe

Arne Stinchcombe, Ph. D.  
Rédacteur scientifique adjoint

Abhinand Thai, 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

## 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

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

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

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

Candace Nykiforuk, Ph. D.  
University of Alberta

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

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

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

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

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

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

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

ISSN 2368-7398

Pub. 250258

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

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

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

---

# Recherche originale par méthodes mixtes

## Une approche par méthodes mixtes pour comprendre les expériences des pharmaciens en lien avec le questionnaire sur le risque de diabète CANRISK et son guide de l'utilisateur

Josephine Ta, M.G.S.S., pharmacienne agréée, ÉAD (1,2); Ying Jiang, M.D., M. Sc. (1); Sebastian Srugo, M. Sc. (1); Howard Morrison, Ph. D. (1); Margaret de Groh, Ph. D. (1)

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

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



### Résumé

**Introduction.** Le Questionnaire canadien sur le risque de diabète (questionnaire CANRISK) est un outil pertinent pour le dépistage du risque de diabète, mais l'ampleur de son adoption et de sa mise en œuvre par les pharmaciens canadiens n'a pas encore été évaluée. Notre objectif était de décrire l'utilisation de l'outil CANRISK et du guide de l'utilisateur par les pharmaciens, d'en identifier les éléments facilitateurs et les obstacles et de proposer des solutions pour améliorer cette utilisation.

**Méthodologie.** Nous avons utilisé une approche mixte reposant sur une enquête quantitative initiale en ligne suivie d'entrevues qualitatives avec des pharmaciens afin de mieux comprendre leurs expériences. Nous avons utilisé des statistiques descriptives pour analyser les données de l'enquête et une analyse thématique pour analyser les données des entrevues.

**Résultats.** Nous avons constaté que 89 % des pharmaciens interrogés fournissaient des conseils sur le diabète tous les jours ou toutes les semaines, mais que plus de la moitié d'entre eux (55 %) ne connaissaient CANRISK et son guide de l'utilisateur. Parmi ceux qui étaient au courant de son existence, 60 % ont indiqué qu'ils utilisaient CANRISK rarement ou jamais. Cinq thèmes principaux ont été identifiés dans le volet qualitatif. Les facteurs facilitant l'adoption de CANRISK étaient l'intérêt du pharmacien, des journées cliniques sur le diabète et des campagnes de sensibilisation ainsi que la relation patient-fournisseur. Plusieurs obstacles à sa mise en œuvre demeurent, notamment des contraintes de temps, des priorités concurrentes, des pressions financières, des pénuries de personnel et une compréhension limitée de l'utilité de l'outil.

**Conclusion.** Cet article a révélé que l'utilisation de CANRISK était limitée et qu'un soutien est nécessaire pour éliminer les obstacles à une mise en œuvre réussie de CANRISK dans les pharmacies.

**Mots-clés :** CANRISK, diabète, pharmaciens, guide de l'utilisateur de CANRISK, étude à méthodes mixtes

### Points saillants

- Le Questionnaire canadien sur le risque de diabète (CANRISK) est un outil pertinent, mais on en sait peu sur l'utilisation qu'en font les pharmaciens.
- Cette étude a permis de cerner certains des principaux facteurs qui facilitent la mise en œuvre de CANRISK en milieu pharmaceutique, comme les journées de soins cliniques sur le diabète et la relation patient-fournisseur. Toutefois, cet outil n'est pas largement utilisé dans les pharmacies en raison d'obstacles tels que des priorités concurrentes et une compréhension limitée de son utilité.
- Il est nécessaire d'accroître la connaissance de l'existence de l'outil CANRISK et sa compréhension, ainsi que d'offrir plus de soutien pour améliorer sa visibilité et son intégration à la pratique courante.

### Introduction

Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus courantes au Canada et augmente à un taux de 3,3 % par an<sup>1</sup>. Avant que le diabète apparaisse en tant que tel, les taux de glycémie dépassent la

normale pour atteindre la fourchette du prédiabète, un état qui peut être diagnostiqué et inversé s'il est détecté précocement. En l'absence de traitement, environ 25 % des personnes atteintes de prédiabète passeront au diabète de type 2 en trois à cinq ans et jusqu'à 70 % développeront le

diabète au cours de leur vie<sup>2</sup>. Il existe également des données probantes selon lesquelles la prévention ou le report de l'apparition du diabète peut réduire le risque de complications macrovasculaires comme les maladies cardiovasculaires et les complications microvasculaires comme

### Rattachement des auteurs :

1. Division de la recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de gestion Telfer, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

**Correspondance :** Josephine Ta, Division de la recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ont.) K1A 0K9; courriel : [jta034@uottawa.ca](mailto:jta034@uottawa.ca)

la rétinopathie et la néphropathie<sup>1</sup>. Un dépistage précoce est donc essentiel pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

En 2011, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a élaboré un outil d'évaluation des risques pertinent et facile à administrer, le Questionnaire canadien sur le risque de diabète CANRISK (Canadian Diabetes Risk Questionnaire, <https://www.healthycanadians.gc.ca/fr/canrisk>), afin d'identifier les personnes qui présentent un risque élevé de prédiabète ou de diabète<sup>3</sup>. Les scores de CANRISK ont été validés en les comparant aux tests sanguins normalisés de référence et le questionnaire est pertinent pour la population multiethnique du Canada<sup>3</sup>. Bien qu'il ait été mis au point il y a plus de 10 ans déjà, CANRISK demeure un outil très pertinent et efficace pour l'évaluation du risque de diabète au Canada. Il continue à évoluer grâce à des efforts permanents de validation et à des mises à jour ciblées, ce qui renforce sa viabilité. Les initiatives récentes, comme son adaptation pour les jeunes adultes de 18 à 39 ans et sa validation adaptée sur le plan culturel pour les populations africaines, caribéennes et noires, reflètent un investissement soutenu et un engagement ferme envers l'équité en santé<sup>4</sup>. Si on le compare à des outils similaires comme AUSDRISK et FINRISK, CANRISK offre un rendement comparable pour ce qui est d'identifier les personnes à risque élevé de diabète de type 2, ce qui en fait une solution rentable et évolutive<sup>3</sup>.

Une évaluation antérieure de CANRISK selon diverses perspectives régionales en matière de santé publique a confirmé la pertinence de son utilisation comme outil de dépistage du risque de diabète et de promotion de la santé, mais les points de vue des pharmaciens n'ont pas été pris en compte à ce moment-là<sup>5-7</sup>. Or les pharmaciens jouent un rôle important à la fois dans la prévention et dans la gestion du diabète et plusieurs ont dirigé des programmes communautaires de dépistage du diabète<sup>8-17</sup>. Ils sont très accessibles en région rurale comme en région urbaine, ce qui les place dans une position idéale pour promouvoir la sensibilisation à la santé publique et la prévention du diabète<sup>17</sup>. CANRISK est un outil pratique qui peut être mis en œuvre dans les contextes de soins primaires en pharmacie pour permettre la détection précoce des personnes à risque de diabète de type 2. Le questionnaire est composé d'éléments simples,

comme l'âge, le tour de taille, les antécédents familiaux et le niveau d'activité physique. Il est également facile à administrer et son système de notation permet d'identifier rapidement les personnes à risque faible, à risque modéré et à risque élevé. De plus, CANRISK peut être utilisé pour appuyer à la fois l'aiguillage et le counseling, les patients à risque élevé pouvant être aiguillés vers des fournisseurs de soins primaires pour des tests de confirmation et ceux à risque modéré pouvant recevoir des conseils des pharmaciens sur des interventions liées au mode de vie (alimentation, activité physique et gestion du poids). Des outils similaires, comme AUSDRISK, mettent en évidence l'importance de l'évaluation des risques. Par exemple, le Pharmacy Diabetes Screening Trial (PDST) en Australie a examiné plus de 14 000 participants et déterminé que 45 % d'entre eux avaient besoin d'un aiguillage<sup>18</sup>. Après l'aiguillage, 136 participants ont reçu un diagnostic de diabète et 338, de prédiabète<sup>18</sup>. Par conséquent, son intégration dans les flux de travail des pharmacies peut faciliter la détection précoce des personnes à risque et permettre aux pharmaciens de jouer un rôle clé dans les soins préventifs. L'Association des pharmaciens du Canada (APhC) a également élaboré un guide de l'utilisateur de CANRISK à l'intention des pharmaciens, qui fournit des informations supplémentaires afin de faciliter l'adoption de CANRISK<sup>19-20</sup>. Cependant, on en sait peu sur l'expérience des pharmaciens concernant la mise en œuvre de CANRISK.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'expérience des pharmaciens à propos de l'outil CANRISK et du guide de l'utilisateur à l'intention des pharmaciens élaboré par l'APhC, d'identifier les éléments facilitateurs et les obstacles à leur utilisation et de proposer des solutions pour améliorer l'adoption et l'utilisation de l'outil.

## Méthodologie

### Conception de l'étude

Cette étude repose sur une approche mixte utilisant une enquête en ligne et des entrevues avec des pharmaciens. Le seul critère d'inclusion était d'être pharmacien(ne) canadien(ne) agréé(e), quel que soit le lieu d'exercice.

### Collecte de données

#### Enquête

L'enquête a été conçue par une pharmacienne, également éducatrice agréée en

diabète au sein de l'équipe de recherche, et elle a été testée au préalable par l'ensemble de l'équipe de recherche. Les questions ont également été revues par l'équipe de recherche sur l'opinion publique de Santé Canada. Disponible en français et en anglais, l'enquête contenait 10 questions avec une combinaison de questions binaires, d'échelles de Likert et de questions ouvertes pour comprendre l'expérience et la satisfaction des pharmaciens par rapport à l'outil. L'enquête a été hébergée sur Qualtrics (Seattle, Washington, États-Unis) d'octobre 2022 à février 2023, et le recrutement a consisté à communiquer avec diverses organisations pour aider à distribuer l'enquête : L'APhC (par l'entremise de son bulletin mensuel en octobre et novembre 2022), Diabète Canada (par l'entremise de son équipe de communication), les associations provinciales de pharmaciens (seule la Pharmacists' Association of Newfoundland and Labrador a répondu et a publié le lien de l'enquête dans son bulletin bihebdomadaire en novembre 2022), les intervenants concernés via le système de gestion de l'information sur les consultations et les intervenants de Santé Canada et de l'ASPC, ainsi que des contacts antérieurs avec des pharmaciens. On a également utilisé la méthode d'échantillonnage en boule de neige pour accroître le recrutement, les contacts antérieurs ayant aidé à davantage diffuser l'enquête par l'entremise de leurs réseaux professionnels. L'échantillonnage en boule de neige a été utilisé parce que notre population cible était les pharmaciens de tout le Canada dans divers milieux de pratique, et parce qu'il n'existe pas de cadre d'échantillonnage exhaustif des pharmaciens réalisant effectivement une évaluation du risque de diabète. Cette méthode s'appuie sur les réseaux professionnels en place pour augmenter les taux de réponse parmi les cliniciens en activité et elle a été utilisée dans des études antérieures portant sur les pharmaciens et l'éducation au diabète ainsi que dans la recherche sur le risque de diabète de manière plus générale pour recruter des fournisseurs de soins de santé<sup>21-24</sup>. Nous estimons qu'environ 20 800 pharmaciens ont reçu le lien vers l'enquête. La participation à l'enquête était facultative. Les participants ont fourni leur consentement et ont reçu l'assurance que toutes les informations recueillies demeureraient confidentielles.

#### Entrevues

À la fin de l'enquête, on a demandé aux participants s'ils aimeraient partager leur

expérience sur l'outil CANRISK ou sur son guide de l'utilisateur en participant à un entretien. Dans l'affirmative, on leur a demandé de fournir leur adresse courriel. Ils ont ensuite été contactés par un membre de l'équipe de recherche pour un entretien semi-structuré. Nous avons réalisé, de décembre 2022 à février 2023, des entrevues individuelles enregistrées de 20 à 30 minutes réalisées à l'aide de Microsoft Teams (Redmond, Washington, États-Unis). Les questions des entrevues ont été élaborées et revues par l'équipe de recherche. Elles ont également été revues par l'équipe de recherche sur l'opinion publique de Santé Canada. L'entretien comportait entre quatre et neuf questions, selon l'expérience des pharmaciens et de leur connaissance de l'outil CANRISK ou du guide de l'utilisateur. S'ils ne connaissaient pas l'outil CANRISK ou le guide de l'utilisateur, les pharmaciens étaient invités à les analyser et à donner leur avis. Les questions posées lors des entrevues figurent dans le matériel complémentaire (disponible sur demande auprès des auteurs). Les entrevues ont été enregistrées avec l'autorisation des participants. Leur consentement verbal relatif à la protection de la vie privée et à la confidentialité a été fourni au début de l'entretien. Tous les participants ont accepté l'enregistrement audio et leur consentement a été enregistré au début de chaque entretien.

### Analyse des données

Des statistiques descriptives, avec effectifs et pourcentages, ont été utilisées pour décrire et synthétiser les données de l'enquête. Les données qualitatives issues des entrevues ont été transcrites et analysées de manière thématique<sup>25</sup>. Une membre de l'équipe de recherche (JT) a tout d'abord élaboré un manuel de codage sur la base des deux premières entrevues. Un autre membre de l'équipe (SS) a ensuite codé ces deux entrevues à l'aide du manuel de codage. Ensuite, ces deux membres de l'équipe (JT et SS) se sont réunis pour vérifier la cohérence des définitions des codes et pour affiner et finaliser le manuel de codage. Ils ont ensuite codé indépendamment les cinq transcriptions restantes à l'aide du manuel de codage final. Une fois les entrevues codées, les différences de codage ont été revues et discutées jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. Des catégories, des motifs et des concepts communs ont été identifiés, ce qui a permis de dégager plusieurs thèmes. L'analyse

des données (quantitatives et qualitatives) a été réalisée sur Microsoft Excel (Redmond, Washington, États-Unis).

### Approbation éthique

En se fondant sur l'article 2.5 de l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'ASPC a conclu qu'une approbation déontologique n'était pas nécessaire<sup>26</sup>. La Division de la gestion de la protection des renseignements personnels de l'ASPC a revu le projet pour s'assurer que les lignes directrices sur la confidentialité et la protection des renseignements personnels étaient respectées.

## Résultats

### Résultats de l'enquête

Au total, 44 répondants ont accepté de participer à l'enquête en ligne, qui a généré un faible taux de réponse (estimé à moins de 1 %) (tableau 1). Parmi eux, 89 % fournissaient quotidiennement des conseils hebdomadaires sur le prédiabète ou le diabète, mais plus de la moitié (55 %) des pharmaciens ne connaissaient pas l'outil CANRISK (tableau 2). Parmi ceux qui étaient au courant de son existence, 60 % ont indiqué qu'ils utilisaient rarement ou jamais CANRISK. L'un des pharmaciens avait utilisé un autre outil. De plus, 60 % des pharmaciens qui ont répondu à l'enquête n'étaient pas au

courant du guide de l'utilisateur à l'intention des pharmaciens élaboré par l'APhC. Ceux qui en avaient connaissance ne l'utilisaient que rarement ou jamais.

### Résultats des entrevues

Sept pharmaciens ont été interviewés : cinq de l'Ontario, un de la région de l'Atlantique et un du Québec. Les concepts classés par thèmes sont présentés dans le tableau 3. On a considéré que la saturation des données était atteinte dans la mesure où les trois derniers participants n'ont pas abordé d'autres thèmes. Cinq thèmes ont émergé et sont décrits ci-dessous.

#### Thème 1 : rôle et intérêt du pharmacien

La plupart des personnes interrogées ont souligné que les pharmaciens pourraient, en raison de leur accessibilité et de leur expertise, jouer un rôle clé dans l'identification des personnes présentant un risque de diabète de type 2. Grâce à CANRISK, les pharmaciens peuvent dépister et éduquer les patients sur les facteurs de risque modifiables tels que l'alimentation, l'activité physique et la gestion du poids. Ils peuvent également orienter les personnes à risque élevé vers des fournisseurs de soins primaires pour un test de confirmation, et fournir un soutien et un suivi continus. Il est donc possible d'intégrer CANRISK dans les services offerts en pharmacie afin de faciliter le dépistage précoce et de sensibiliser le public.

TABLEAU 1  
Caractéristiques de base des pharmaciens (n = 44) participant à l'enquête

Caractéristiques	n	%
<b>Années d'expérience</b>		
0 à 5 ans	4	9
6 à 10 ans	15	34
11 ans ou plus	25	57
<b>Région d'exercice<sup>a</sup></b>		
Colombie-Britannique	5	11
Prairies (Alb., Sask., Man.)	1	2
Ontario	21	47
Québec	15	33
Atlantique (N.-É., N.-B., T.-N.-L. et Î.-P.-É.)	3	7
<b>Lieu de pratique principale<sup>b</sup></b>		
Centre de population de taille moyenne ou grande	39	89
Centre de population de petite taille ou rural	5	11

**Abréviations :** Alb., Alberta; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; Man., Manitoba; N.-B., Nouveau-Brunswick; N.-É., Nouvelle-Écosse; T.-N.-L., Terre-Neuve-et-Labrador; Sask., Saskatchewan.

<sup>a</sup> Aucune réponse des Territoires.

<sup>b</sup> Un centre de population de taille moyenne ou grande a une population comprise entre 30 000 et 100 000 habitants ou plus. Les centres de population de petite taille ou ruraux ont une population comprise entre moins de 1 000 et 29 999 habitants.

**TABLEAU 2**  
**Questions et résultats de l'enquête**

Questions	n	%
<b>Combien de patients voyez-vous par semaine? Incluez tous les patients, qu'ils viennent vous voir pour des visites liées au diabète ou non.</b>		
Moins de 20	2	5
20 à 50	6	14
51 à 80	2	5
81 à 110	11	25
111 à 140	5	11
Plus de 140	18	41
<b>En moyenne, à quelle fréquence donnez-vous des conseils sur le prédiabète ou le diabète à vos patients?</b>		
Tous les jours	28	64
Toutes les semaines	11	25
Tous les mois	0	0
Quelques fois par an	3	7
Moins de quelques fois par an	2	5
Jamais	0	0
<b>Connaissez-vous l'outil CANRISK?</b>		
Oui	20	45
Non	24	55
<b>i) [Si vous avez répondu « Oui »] Comment avez-vous entendu parler de CANRISK?</b>		
À l'école de pharmacie	8	40
Lors d'une conférence	3	15
Au travail	7	35
Par un collègue	0	0
Autres (courriel, documentation, lignes directrices)	2	10
<b>ii) [Si vous avez répondu « Oui »] À quelle fréquence utilisez-vous le questionnaire CANRISK pour l'évaluation du risque de prédiabète ou de diabète?</b>		
Tous les jours	0	0
Toutes les semaines	0	0
Tous les mois	2	10
Quelques fois par an	6	30
Moins de quelques fois par an	6	30
Jamais	6	30
<b>Utilisez-vous d'autres outils pour évaluer le risque de prédiabète et de diabète?</b>		
Oui (un participant a mentionné le PCPD)	1	2
Non	43	98
<b>Connaissez-vous le guide de l'utilisateur de CANRISK publié par l'APhC?</b>		
Oui	8	40
Non	12	60
<b>i) [Si vous avez répondu « Oui »] À quelle fréquence consultez-vous le guide de l'utilisateur lorsque vous utilisez l'outil CANRISK pour l'évaluation des risques?</b>		
Tous les jours	0	0
Toutes les semaines	0	0
Tous les mois	1	13
Quelques fois par an	2	25
Moins de quelques fois par an	2	25
Jamais	3	38
<b>ii) [Si vous avez répondu « Oui »] Comment évaluez-vous le degré de facilité d'utilisation du guide de l'utilisateur?</b>		
Difficile	0	0
Dur	0	0
Moyen	3	38
Facile	5	63
Très facile	0	0
<b>Pensez-vous qu'un guide similaire pour le grand public ou pour les travailleurs communautaires qui aident d'autres personnes à utiliser l'outil CANRISK en milieu communautaire serait utile?</b>		
Oui	18	90
Non	2	10

**Abréviations :** APhC, Association des pharmaciens du Canada; CANRISK, questionnaire canadien sur le risque de diabète; PCPD, Programme canadien de prévention du diabète.

**Remarques :** Les pourcentages sont fondés sur le nombre de répondants à la sous-question. La somme des pourcentages pour chaque question peut ne pas correspondre à 100 % en raison des arrondis.

**TABEAU 3**  
Occurrence des concepts dans les entrevues (n = 7)

Concepts	Occurrence (nombre de pharmaciens)
<b>Thème 1 : rôle et intérêt du pharmacien</b>	
Le pharmacien a un rôle à jouer pour identifier les patients à risque	6/7
Le pharmacien qui s'intéresse personnellement au diabète ou le pharmacien qui est aussi ÉAD est plus susceptible d'utiliser CANRISK	4/7
Bonne relation patient-fournisser	5/7
Les pharmaciens sont le premier point de contact avec le système de santé	5/7
<b>Thème 2 : perception positive de CANRISK</b>	
L'outil est utile	5/7
Utilisé/utilisable lors de journées de soins cliniques sur le diabète ou de campagnes de sensibilisation	5/7
<b>Thème 3 : utilisation limitée du guide de l'utilisateur</b>	
Connaissance de l'existence du guide de l'utilisateur	4/7
A utilisé le guide de l'utilisateur dans sa pratique	1/4
Commentaires positifs après la lecture du guide de l'utilisateur pour ceux qui n'en avaient pas connaissance auparavant	3/3
<b>Thème 4 : obstacles à la mise en œuvre</b>	
Contraintes de temps	7/7
Priorités concurrentes	7/7
Pressions financières	6/7
Manque de personnel	5/7
Compréhension limitée de l'utilité de CANRISK	4/7
<b>Thème 5 : recommandations</b>	
<b>Accroître la sensibilisation et l'utilisation</b>	
Formation pour augmenter l'utilisation de CANRISK	5/7
Poser des affiches dans les pharmacies pour accroître la sensibilisation	3/7
Développer des webinaires sur CANRISK	2/7
Utiliser le guide de l'utilisateur pour créer du contenu pour webinaire	3/7
<b>Améliorer l'outil CANRISK</b>	
Améliorer la lisibilité	4/7
Éviter tout langage potentiellement offensant	5/7
Expliquer la différence entre le sexe et le genre	4/7
Améliorer la procédure de mesure du tour de taille dans les espaces publics	5/7
Fournir des renseignements sur les prochaines étapes après que le patient a rempli le questionnaire	7/7
<b>Améliorer le guide de l'utilisateur de CANRISK</b>	
Mettre à jour le contenu (périmé)	4/7
Développer un webinaire avec le contenu du guide de l'utilisateur	3/7

**Abréviations :** CANRISK, Questionnaire canadien sur le risque de diabète; ÉAD, éducateur agréé en diabète.

Les personnes interrogées ont noté que, sur la base de leur expérience clinique ou de leurs observations, les pharmaciens qui s'intéressent au diabète ou qui sont éducateurs agréés en diabète (ÉAD) ont tendance à inclure CANRISK dans leurs discussions avec les patients et dans les journées de soins cliniques sur le diabète et les campagnes de sensibilisation. Entre-temps, pour ce qui est de la participation,

ils ont signalé que les patients sont plus susceptibles de remplir le questionnaire s'il existe une bonne relation patient-fournisser ou si le patient n'a pas de médecin de famille, comme un pharmacien l'a mentionné : « Lorsque les patients sentent que quelque chose ne va pas, ils sont plus enclins à s'adresser à un pharmacien qu'ils connaissent personnellement pour demander de l'aide. » (Pharmacien 2)

## Thème 2 : perception positive de CANRISK

Les pharmaciens qui utilisent CANRISK dans leur pratique ont trouvé l'outil utile pour identifier les patients à risque et ont tendance à intégrer CANRISK dans leurs journées de soins cliniques sur le diabète ou leurs campagnes de sensibilisation. La plupart des pharmaciens (5 sur 7) sont favorables à son utilisation, comme l'illustre l'un de leurs commentaires : « C'est un très bon outil de base, qui est très sous-utilisé. » (Pharmacien 3)

## Thème 3 : utilisation limitée du guide de l'utilisateur

Certains pharmaciens connaissaient l'existence du Guide de l'utilisateur à l'intention des pharmaciens élaboré par l'APhC, mais un seul pharmacien interrogé l'avait consulté dans sa pratique. Lorsque le guide de l'utilisateur a été analysé par les pharmaciens qui n'en avaient pas eu connaissance préalablement, ils l'ont trouvé instructif et ont estimé qu'il constituait un bon complément au questionnaire. « Oh, je ne connais pas le guide de l'utilisateur. » (Après analyse :) « Oh, c'est bon! Il est bon! Il y a beaucoup de détails et tout [ce qu'il faut]. » (Pharmacien 2)

## Thème 4 : obstacles à la mise en œuvre

Les défis relevés ont été les contraintes de temps, les priorités concurrentes, les pressions financières, les pénuries de personnel et une compréhension limitée de l'utilité de CANRISK. Plusieurs pharmaciens ont souligné que la sensibilisation à CANRISK était une solution pour augmenter son utilisation. « L'autre partie est simplement la sensibilisation. Les patients ne savent pas que cela existe. Beaucoup de professionnels de la santé ne le savent pas non plus. » (Pharmacien 1)

## Thème 5 : recommandations

Les pharmaciens ayant utilisé CANRISK ont formulé des recommandations basées sur leur expérience, et ceux qui ne l'ont pas utilisé ont lu le questionnaire et le guide de l'utilisateur puis ont fait des suggestions pour les améliorer. Les recommandations concernant la manière d'accroître la sensibilisation et l'utilisation de CANRISK sont l'installation d'affiches dans les pharmacies pour encourager les patients à parler de CANRISK, l'organisation de webinaires sur CANRISK à l'intention des pharmaciens et la possibilité d'utiliser le guide de l'utilisateur pour créer du contenu pour des webinaires. Cela pourrait contribuer à sensibiliser les pharmaciens

et les aider à se sentir plus à l'aise lors de l'administration du questionnaire.

Les recommandations visant à améliorer le questionnaire ont porté notamment sur l'amélioration de la lisibilité (taille de police plus grande, mots plus simples), le fait d'éviter un langage potentiellement offensant (éviter le mot « gros » pour faire référence au poids, utiliser un préambule pour fournir une justification concernant le sexe par rapport au genre), l'amélioration des procédures de mesure du tour de taille dans un espace public et la présentation d'options sur les étapes suivantes lorsqu'une personne a reçu un score de risque élevé. Par exemple, les prochaines étapes pourraient consister à demander au patient de consulter un fournisseur de soins de santé pour effectuer des analyses sanguines afin d'évaluer le risque et à fournir une brochure ou feuille d'information au patient après qu'il a rempli le questionnaire afin de placer le risque dans son contexte.

Parmi les recommandations concernant le guide de l'utilisateur, citons la mise à jour du contenu, car certaines informations et certains liens sont obsolètes, et l'utilisation du contenu du guide de l'utilisateur pour élaborer un webinaire ou du matériel de formation continue à l'intention des pharmaciens.

## Analyse

Il s'agit de la première étude portant sur l'expérience des pharmaciens à l'égard de l'outil CANRISK et du guide de l'utilisateur. Les résultats de l'enquête ont révélé que la plupart des pharmaciens n'étaient pas au courant de CANRISK et que son utilisation dans les pharmacies était limitée. Les thèmes dégagés au cours des entrevues ont aidé à expliquer les obstacles à la mise en œuvre de CANRISK, mais ils ont aussi fait ressortir qu'il est possible d'améliorer l'adoption de CANRISK dans les milieux pharmaceutiques.

Nos résultats montrent que l'adoption de CANRISK par les pharmaciens est limitée, ce qui concorde avec une revue systématique portant sur l'adoption des outils d'évaluation du risque de diabète par les professionnels de la santé<sup>27</sup>. Néanmoins, les conclusions de Bird et ses collaborateurs, qui ont analysé l'utilisation de CANRISK du point de vue des organisations régionales de santé publique, ont révélé que cet outil était largement utilisé

pour le dépistage des risques et la promotion de la santé<sup>5</sup>. Il demeure qu'ils ont échantillonné principalement des administrateurs d'organisations de santé, et non des professionnels de la santé de première ligne comme ceux visés par notre étude<sup>5</sup>.

Les entrevues ont permis de cerner divers obstacles à la mise en œuvre de CANRISK, en particulier des contraintes de temps, des priorités concurrentes, des limites financières, des pénuries de personnel, un manque de sensibilisation et une compréhension limitée de son utilité. Ces obstacles sont du même ordre que ceux relevés par une revue systématique et la littérature existante, qui citent les attitudes à l'égard des outils d'évaluation du diabète, l'aspect peu pratique des outils et le manque de remboursement et de soutien réglementaire<sup>27,28</sup>. L'absence de connaissance de l'existence de CANRISK pourrait découler d'une promotion minimale depuis le lancement de CANRISK il y a plus de 10 ans. Lors du lancement de CANRISK, l'APhC a élaboré le guide de l'utilisation de CANRISK à l'intention des pharmaciens, qui fournit des informations supplémentaires, des messages clés et des précisions que les pharmaciens peuvent communiquer aux patients. Comme c'est le cas pour de nombreux programmes, la participation atteint souvent un sommet au départ puis diminue, ce qui peut expliquer l'utilisation limitée actuelle. Nos résultats ont révélé que même si plus de la moitié des pharmaciens sondés n'étaient pas au courant de l'existence de CANRISK, ceux qui l'utilisaient l'intégraient à leurs efforts de sensibilisation au diabète. Cela donne à penser qu'il est possible de mobiliser plus efficacement les pharmaciens afin d'aider au dépistage précoce des personnes qui risquent de développer le diabète de type 2 et de les aiguiller rapidement vers des fournisseurs de soins primaires. Les pharmaciens jouent de plus en plus un rôle clé dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, dont le diabète, comme on l'a vu dans la littérature à propos de plusieurs interventions dirigées par des pharmaciens<sup>27,29-34</sup>. En particulier, les pharmaciens communautaires sont dans une position irremplaçable pour appuyer la mise en œuvre de CANRISK en raison de leur accessibilité, de leurs interactions régulières avec les patients et de leur expertise en prévention et gestion des maladies chroniques. Bien que les pénuries de personnel et les priorités concurrentes fassent partie des défis

mentionnés, CANRISK pourrait être intégré aux activités déjà en place (comme le counseling des patients ou la vérification des médicaments) en tant qu'outil pertinent de dépistage du risque. À titre d'exemple – en attendant les tests de faisabilité – pendant que les patients attendent leur ordonnance ou leur vaccin contre la grippe, un assistant en pharmacie ou un technicien pourrait leur présenter le questionnaire CANRISK. Les patients pourraient le remplir sur papier ou sur une tablette, après quoi le pharmacien évaluerait les résultats, donnerait des conseils et, au besoin, aiguillerait les patients vers un médecin. Les résultats pourraient alors être intégrés dans le système de la pharmacie pour le suivi.

Les pharmaciens qui ont participé aux entrevues ont également formulé des recommandations sur l'outil CANRISK, recommandations qui concordent avec la revue systématique et l'étude de Bird et ses collaborateurs<sup>5,27</sup> : l'amélioration de la lisibilité, le traitement du langage potentiellement offensant, l'amélioration des procédures pour mesurer le tour de taille dans un espace public et l'établissement d'étapes claires pour les personnes ayant des scores de risque élevé<sup>5,27</sup>. La similitude des recommandations sur CANRISK formulées par les pharmaciens et par d'autres publics indique qu'il faudrait peut-être réviser l'outil CANRISK pour en améliorer la convivialité et la pertinence.

## Points forts et limites

Cette étude fournit des informations précieuses sur l'utilisation de CANRISK et du guide de l'utilisateur élaboré à l'intention des pharmaciens. Étant donné que les pharmaciens sont très accessibles et qu'ils ont un champ d'exercice élargi (variable d'une administration à l'autre), il est important de mieux comprendre ce qui favoriserait l'utilisation de l'outil. Les limites de cette étude sont la petite taille des échantillons, le fait que certaines provinces ne sont pas représentées et que d'autres sont surreprésentées (l'Ontario et le Québec) et la méthode non aléatoire d'obtention des répondants (échantillonnage en boule de neige), qui limite sa capacité de généralisabilité. Bien que diverses organisations et que des pharmaciens contactés antérieurement aient contribué à la distribution de l'enquête, le taux de réponse est demeuré faible. Parmi les facteurs susceptibles d'avoir contribué à ce faible taux de réponse, on peut citer

les contraintes de temps, le manque d'incitation à participer à l'enquête et la lassitude (s'ils sont invités à participer à de nombreuses enquêtes), ce qui est confirmé par la littérature<sup>35</sup>. Une faible participation peut également être le signe d'un manque d'intérêt, de sensibilisation ou de temps pour CANRISK. Les pharmaciens qui ont participé s'intéressaient peut-être déjà à la prévention du diabète, ce qui pourrait avoir une incidence sur nos constatations en raison d'un biais de sélection. Malgré ses limites, cette étude apporte des informations sur l'utilisation actuelle et l'évaluation future de CANRISK.

## Conclusion

CANRISK demeure un outil pertinent et précieux pour le dépistage précoce du risque de diabète de type 2, avec des mises à jour récentes qui élargissent son utilisation à des populations plus jeunes et plus diversifiées. Il s'agit non seulement d'un instrument de dépistage gratuit ou peu coûteux, mais aussi d'une aide efficace dans l'aiguillage et le counseling fournis dans les pharmacies, qui renforce l'intervention en temps opportun et l'éducation en matière de santé. Nos constatations laissent entendre qu'il faut plus de soutien pour éliminer les obstacles à la mise en œuvre de CANRISK dans les milieux pharmaceutiques et qu'une révision de l'outil est recommandée, particulièrement pour améliorer la lisibilité, éviter un langage potentiellement offensant et fournir de l'information sur les prochaines étapes après que les patients ont rempli le questionnaire. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'incidence de la mise en œuvre de CANRISK dans les milieux pharmaceutiques et les économies possibles pour le système de soins de santé découlant de l'intervention des pharmaciens, comme l'aiguillage vers des fournisseurs de soins primaires, les recommandations de pharmacothérapie et les interventions liées au mode de vie.

## Remerciements

Les auteurs remercient l'Association des pharmaciens du Canada (APhC), Diabète Canada, la Pharmacists' Association of Newfoundland and Labrador et leurs contacts antérieurs pour leur aide dans la distribution du sondage. Nous remercions également les pharmaciens qui ont participé au sondage et ceux qui ont accepté de participer aux entrevues et qui nous ont fait part de leur expérience et de leurs

observations concernant l'outil CANRISK et le guide de l'utilisateur. Cette étude a été rendue possible grâce à la capacité de recherche interne de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Conflits d'intérêts

Margaret de Groh est ex-rédactrice en chef adjointe de la revue et Howard Morrison est rédacteur en chef par intérim et membre du comité de rédaction de la revue. Ils se sont tous deux retirés du processus d'évaluation de cet article. Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs et avis

JT : conception, analyse formelle, rédaction – première version du manuscrit, rédaction – relectures et corrections.

YJ : conception, supervision, rédaction – relectures et corrections.

SS : analyse formelle, rédaction – relectures et corrections.

HM : rédaction – relectures et corrections.

MdG : conception, supervision, rédaction – relectures et corrections.

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

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Cadre sur le diabète au Canada [Internet]. Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; 2022. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/cadre-diabete-canada.html>
2. Hostalek U. Global epidemiology of prediabetes – present and future perspectives. *Clin Diabetes Endocrinol*. 2019; 5:5. <https://doi.org/10.1186/s40842-019-0080-0>
3. Robinson CA, Agarwal G, Nerenberg K. Validation du modèle pronostique CANRISK pour l'évaluation du risque de diabète dans la population multi-ethnique du Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2011;32(1):21-35. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.32.1.04f>

4. Alamgir A, Raghunauth R, Momoh O, Ledwos C. Assessing the risks and cultural relativity of diabetes in Black individuals of African Caribbean ancestry (ACB) aged 18-39 years in Toronto. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(1):85. <https://doi.org/10.3390/ijerph22010085>
5. Bird M, Cerutti S, Jiang Y, Srugo SA, de Groh M. Implementation of the CANRISK tool: a qualitative exploration among allied health professionals in Canada. *Can J Diabetes*. 2022; 46(2):118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2021.06.006>
6. Lemieux CL, deGroh M, Gibbons L, Morrison H, Jiang Y. A tool to assess risk of type 2 diabetes in Canadian adults. *Can J Diabetes*. 2020;44(5): 445-447. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2020.03.002>
7. Agence de la santé publique du Canada. Réunion de consultation sur CANRISK – rapport de synthèse [Rapport interne non publié]. 2019.
8. Orabone AW, Do V, Cohen E. Pharmacist-managed diabetes programs: improving treatment adherence and patient outcomes. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2022;15:1911-1923. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S342936>
9. Nabulsi NA, Yan CH, Tilton JJ, Gerber BS, Sharp LK. Clinical pharmacists in diabetes management: what do minority patients with uncontrolled diabetes have to say? *J Am Pharm Assoc*. 2020;60(5):708-715. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.01.024>
10. Halalau A, Sonmez M, Uddin A, Karabon P, Scherzer Z, Keeney S. Efficacy of a pharmacist-managed diabetes clinic in high-risk diabetes patients, a randomized controlled trial – “Pharm-MD”: impact of clinical pharmacists in diabetes care. *BMC Endocr Disord*. 2022;22(1):69. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-00983-y>
11. Pontefract BA, King BS, Gothard DM, King CA. Impact of pharmacist-led diabetes management in primary care clinics. *Innov Pharm*. 2018;9(2):1-8. <https://doi.org/10.24926/iip.v9i2.985>

12. Jamshed SQ, Siddiqui MJ, Rana B, Bhagavathula AS. Evaluation of the involvement of pharmacists in diabetes self-care: a review from the economic perspective. *Front Public Health*. 2018;6:244. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00244>
13. Iqbal MZ, Khan AH, Iqbal MS, Syed Sulaiman SA. A review of pharmacist-led interventions on diabetes outcomes: an observational analysis to explore diabetes care opportunities for pharmacists. *J Pharm Bioallied Sci*. 2019;11(4):299-309. [https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS\\_138\\_19](https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_138_19)
14. Benedict AW, Spence MM, Sie JL, Chin HA, Ngo CD, Salmingo JF, et al. Evaluation of a pharmacist-managed diabetes program in a primary care setting within an integrated health care system. *J Manag Care Spec Pharm*. 2018;24(2):114-122. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.2.114>
15. Khan YH, Alzarea AI, Alotaibi NH, Alatawi AD, Khokhar A, Alanazi AS, et al. Evaluation of impact of a pharmacist-led educational campaign on disease knowledge, practices and medication adherence for type-2 diabetic patients: a prospective pre- and post-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10060. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610060>
16. McSweeney B, Campbell RB, Grewal EK, Campbell DJT. Pharmacists' role in diabetes management for persons with lived experience of homelessness in Canada: a qualitative study. *Front Clin Diabetes Healthc*. 2022;3:1087751. <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2022.1087751>
17. El-Den S, Lee YLE, Gide DN, O'Reilly CL. Stakeholders' acceptability of pharmacist-led screening in community pharmacies: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2022;63(4):636-646. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.04.023>
18. Krass I, Carter R, Mitchell B, Versace VL, Wilson F, Mc Namara KP, et al. Pharmacy diabetes screening trial (PDST): outcomes of a national clustered RCT comparing three screening methods for undiagnosed type 2 diabetes (T2DM) in community pharmacy. *Diabetes Res Clin Pract*. 2023; 197:110566. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110566>
19. Emberley P, Leblanc C. Diabetes updates and patient tools. *Can Pharm J*. 2014; 147(1):66-67. <https://doi.org/10.1177/1715163513515836>
20. Association des pharmaciens du Canada. CANRISK – Guide de l'utilisateur à l'intention des pharmaciens [Internet]. Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada. En ligne à : <https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/education-practice-resources/CanriskuserguideforpharmacistsFR.pdf>
21. Ayadurai S, Sunderland B, Tee LB, Hattingh HL. A training program incorporating a diabetes tool to facilitate delivery of quality diabetes care by community pharmacists in Malaysia and Australia. *Pharm Pract*. 2019; 17(2):1457. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2019.2.1457>
22. Gargya D, Mirkazemi C, Curtain C. Qualitative exploration of the experiences of community pharmacists delivering the Diabetes MedsCheck service. *J Clin Pharm Ther*. 2022; 47(8):1194-1200. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13654>
23. Bamogaddam RF, Mohzari Y, Aldosari FM, Alrashed AA, Almulhim AS, Kurdi S, et al. Prevalence and associations of type 2 diabetes risk and sociodemographic factors in Saudi Arabia: a web-based cross-sectional survey study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2269. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032269>
24. Shaghghi A, Bhopal RS, Sheikh A. Approaches to recruiting 'hard-to-reach' populations into research: a review of the literature. *Health Promot Perspect*. 2011;1(2):86-94. <https://doi.org/10.5681/hpp.2011.009>
25. Coates WC, Jordan J, Clarke SO. A practical guide for conducting qualitative research in medical education: part 2-coding and thematic analysis. *AEM Educ Train*. 2021;5(4):e10645. <https://doi.org/10.1002/aet2.10645>
26. Gouvernement du Canada. Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2018 [modification le 19 fév. 2020; consultation le 30 août 2022]. En ligne à : [https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique/tcps2-eptc2\\_2018.html](https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique/tcps2-eptc2_2018.html)
27. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Krass I. How diabetes risk assessment tools are implemented in practice: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;104(3):329-342. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.01.008>
28. Cooney E, O'Riordan D, McSharry J. Pharmacists' perceived role in supporting diabetes education and self-management in Ireland: a qualitative study. *HRB Open Res*. 2022;4:20. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13192.2>
29. Fathima M, Saini B, Foster JM, Armour CL. A mixed methods analysis of community pharmacists' perspectives on delivering COPD screening service to guide future implementation. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(6):662-672. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.007>
30. Rondeaux S, Braeckman T, Beckwé M, Biset N, Maesschalck J, Duquet N, et al. Diabetes and cardiovascular diseases risk assessment in community pharmacies: an implementation study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8699. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148699>
31. Daly CJ, Quinn B, Mak A, Jacobs DM. Community pharmacists' perceptions of patient care services within an enhanced service network. *Pharmacy*. 2020;8(3):172. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8030172>
32. Nik J, Lai PS, Ng CJ, Emmerton L. A qualitative study of community pharmacists' opinions on the provision of osteoporosis disease state management services in Malaysia. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):448. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1686-x>

- 
33. Laliberté MC, Perreault S, Damestoy N, Lalonde L. The role of community pharmacists in the prevention and management of osteoporosis and the risk of falls: results of a cross-sectional study and qualitative interviews. *Osteoporos Int.* 2013;24(6):1803-1815. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-2171-y>
  34. Jalkanen K, Aarnio E, Lavikainen P, Lindström J, Peltonen M, Laatikainen T, et al. Pharmacy-based screening to detect persons at elevated risk of type 2 diabetes: a cost-utility analysis. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):916. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06948-6>
  35. Guirguis LM, Hughes CA, Makowsky MJ, Sadowski CA, Schindel TJ, Yukesel N, et al. Development and validation of a survey instrument to measure factors that influence pharmacist adoption of prescribing in Alberta, Canada. *Pharm Pract.* 2018;16(1):1068. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2018.01.1068>

## Recherche qualitative originale

# Évolution de l'influence de la stigmatisation liée à la santé mentale dans les organisations de sécurité publique de l'Ontario : une étude qualitative

Leslie Vesely, M.A., M. Sc. (1); Cameron A. Mustard, D. Sc. (1,2); Basak Yanar, Ph. D. (1,2)

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

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



### Résumé

**Introduction.** La stigmatisation liée à la santé mentale est un enjeu de longue date dans les professions de la sécurité publique et elle peut dissuader le personnel de la sécurité publique (PSP) d'accéder à du soutien en matière de santé mentale. Cette situation est préoccupante, puisque le PSP présente des taux plus élevés de blessures de stress post-traumatiques (BSPT) que la population générale. Les employeurs du secteur de la sécurité publique jouent un rôle important dans la réduction de la stigmatisation. Toutefois, peu de recherches sont disponibles sur le point de vue des employeurs du secteur de la sécurité publique de l'Ontario concernant la stigmatisation liée à la santé mentale au sein de leur organisation et sur les défis organisationnels connexes auxquels ils sont confrontés pour y faire face et soutenir la santé mentale du PSP.

**Méthodologie.** Une analyse thématique de 28 entretiens semi-structurés avec 33 représentants d'employeurs du secteur de la sécurité publique (pompiers, personnel paramédical, police et services correctionnels provinciaux de l'Ontario) a été réalisée.

**Résultats.** Les représentants des employeurs affirment que la stigmatisation liée à la santé mentale a toujours existé. Selon eux, cette stigmatisation est en diminution grâce aux changements sociopolitiques, qui ont conduit à faire des BSPT un accident du travail ordinaire. Les participants ont fait part de la manière dont ils adaptent les pratiques et les politiques de leur organisation pour réduire davantage la stigmatisation et soutenir le PSP. Ils ont également souligné les défis organisationnels associés, notamment le maintien de la stigmatisation, le manque de repères quant à la manière de soutenir les membres du PSP souffrant de BSPT et la difficulté à trouver des mesures d'adaptation pertinentes.

**Conclusion.** Les participants ont eu l'impression que la stigmatisation liée à la santé mentale était en baisse dans leurs organisations de sécurité publique. Toutefois, la persistance de la stigmatisation, des facteurs organisationnels et le manque de repères quant à la manière d'aider les personnes souffrant de BSPT peuvent constituer des obstacles au retour au travail et à l'adaptation de ces dernières. Même si elles en sont à différents stades de la mise en œuvre d'initiatives visant à soutenir la santé mentale, toutes les organisations doivent continuer à sensibiliser aux BSPT, à assumer la responsabilité de leur rôle dans la réduction de la stigmatisation liée à la santé mentale et à mettre en place des pratiques et des politiques tenant compte des traumatismes.

### Points saillants

- La législation présomptive et les changements sociétaux plus larges en matière de discussions sur la santé mentale ont contribué à réduire la stigmatisation dans les organisations de sécurité publique.
- Les organisations en sont à différents stades de l'adaptation de leurs pratiques et de leurs politiques afin de réduire davantage la stigmatisation et de soutenir le PSP.
- Les défis organisationnels, en particulier la persistance de la stigmatisation, le manque de repères quant à la manière de soutenir le PSP souffrant de BSPT et la difficulté à trouver des mesures d'adaptation significatives sont des obstacles à la diminution de la stigmatisation.
- Les organisations doivent continuer à sensibiliser aux BSPT, à assumer la responsabilité de leur rôle dans la réduction de la stigmatisation liée à la santé mentale et à mettre en place des pratiques et des politiques tenant compte des traumatismes.

**Mots-clés :** *intervenants d'urgence, santé mentale, Ontario, stigmatisation sociale, lieu de travail*

### Rattachement des auteurs :

1. Institute for Work & Health, Toronto (Ontario), Canada
2. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto (Ontario), Canada

**Correspondance :** Basak Yanar, 400 University Avenue, bureau 1800, Toronto (Ont.) M5G 1S5; tél. : 416-927-2027, poste 2124; courriel : [byanar@iwh.on.ca](mailto:byanar@iwh.on.ca)

## Introduction

Le personnel de sécurité publique (PSP) est régulièrement exposé, dans le cadre de son travail, à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, qui sont susceptibles d'entraîner des blessures de stress post-traumatique (BSPT), en particulier le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la dépression et l'anxiété<sup>1-4</sup>. Le PSP englobe généralement tout travailleur formé à la protection de la sûreté et de la sécurité publiques<sup>5</sup>. Dans cet article, l'expression PSP englobe les personnes travaillant dans les services de pompiers, la police, les services paramédicaux et les services correctionnels. Au cours des deux dernières décennies, de plus en plus de littérature a intégré des données probantes relatives à l'exposition à des événements traumatisants liés au travail afin d'établir des estimations de la prévalence du SSPT au sein du PSP. Une enquête menée auprès de 5 813 membres du PSP au Canada a révélé que 44,5 % d'entre eux avaient reçu un diagnostic positif pour au moins un trouble mental. Dans cet échantillon, environ 19,5 % des policiers municipaux et provinciaux, 29,1 % des travailleurs correctionnels, 13,5 % des pompiers et 24,5 % du personnel paramédical ont reçu un diagnostic positif au SSPT<sup>6</sup>. Un autre échantillon de 5 267 membres du PSP à l'échelle du Canada a révélé que 22,1 % d'entre eux souffraient de SSPT<sup>7</sup>. À titre de comparaison, 8 % de la population générale au Canada présente des symptômes légers ou modérés de SSPT, 5 % ayant fait l'objet d'un diagnostic formel<sup>8</sup>.

Les organisations de sécurité publique sont confrontées à de multiples défis lorsqu'il s'agit de reconnaître et de prendre en compte les BSPT au sein du PSP. L'un des défis concerne l'influence bien documentée de la stigmatisation. La stigmatisation est un phénomène social qui consiste à qualifier une différence d'identité ou de caractéristiques d'importante ou de pertinente, à entretenir des croyances ou des attitudes négatives face à cette différence (c'est-à-dire des stéréotypes) et à distinguer de manière linguistique les personnes présentant ces différences de celles qui n'en présentent pas. Il existe souvent des déséquilibres de pouvoir préexistants entre la personne qui stigmatise et celle qui est stigmatisée, la première ayant généralement plus de pouvoir en raison d'une facette de son identité<sup>9,10</sup>. La stigmatisation conduit souvent les gens à traiter

(in)consciemment différemment, souvent de manière négative, les personnes ayant l'identité stigmatisée, renforçant ainsi les déséquilibres de pouvoir<sup>9,10</sup>. La stigmatisation est donc un processus actif de définition négative et de dévalorisation d'une identité ou d'une caractéristique par le biais d'actions et de croyances<sup>10</sup>. Elle est multidimensionnelle en ce sens qu'elle se manifeste au niveau de l'individu, de l'organisation et de la société<sup>10</sup>. En tant que processus, la stigmatisation peut émerger, se maintenir et disparaître<sup>10,11</sup>.

Dans le contexte des organisations de sécurité publique, il existe une croyance prédominante selon laquelle les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont incapables de faire face au stress de leur rôle et représentent un risque pour la sécurité<sup>12</sup>. Une méta-analyse d'études portant sur l'expérience de membres du PSP en matière de stigmatisation liée à la santé mentale et sur les obstacles connexes à la recherche d'un soutien indique qu'environ un tiers du PSP est victime de stigmatisation liée à la santé mentale<sup>13</sup>. La peur du jugement, l'inégalité des rapports de force et les croyances intériorisées d'incapacité ou d'imperfection sont susceptibles de conduire à la honte<sup>14</sup>. Cette honte est exacerbée par la crainte de la discrimination (c'est-à-dire d'être traité différemment parce qu'on souffre d'une BSPT), du scepticisme (c'est-à-dire que les pairs mettent en doute la légitimité de la BSPT) et de la perte d'identité et de statut professionnel<sup>11,13,15,16</sup>. Dans une enquête menée auprès de 133 policiers de l'Ontario, plus de la moitié d'entre eux ont estimé qu'en général, les policiers perçoivent la recherche d'un soutien en matière de santé mentale comme un échec personnel et pensent que la plupart des policiers ne travailleraient pas avec un pair souffrant de BSPT<sup>17</sup>. Ces croyances, si elles sont actives chez un membre du PSP, constituent des obstacles avérés à la recherche d'un soutien en matière de santé mentale<sup>16,18,19</sup>.

Actuellement, les organisations employant du PSP utilisent une variété d'outils visant à réduire la stigmatisation et à prévenir les problèmes de santé mentale, notamment le soutien par les pairs, les programmes de gestion du stress à la suite d'un incident critique ainsi que la psychoéducation sur les traumatismes et la résilience par le biais de programmes tels que « En route vers la préparation mentale » et « Before Occupational Stress » [« Avant le stress occupationnel »]. Bien que ces soutiens

puissent réduire la prévalence de certains problèmes de santé mentale, ces ressources ne modifient que très peu la volonté des membres du PSP d'accéder à des soutiens, tels qu'un professionnel de la santé mentale de la communauté ou leur programme d'aide aux employés (et à leur famille), qui fournit aux employés et à leur famille une gamme de ressources gratuites et confidentielles (comme du counseling) offertes par une tierce partie<sup>20</sup>. Une étude indique que 44,4 % des policiers ont déclaré qu'ils ne chercheraient pas à obtenir un soutien en matière de santé mentale en cas de besoin<sup>17</sup>. Les obstacles à la recherche de soutien liés à la stigmatisation concernaient principalement la confidentialité des services, l'incidence négative potentielle sur leur carrière et la peur du jugement de leurs pairs et de leur hiérarchie<sup>13</sup>. La culture organisationnelle est un facteur qui contribue au degré d'utilisation du soutien organisationnel, comme le programme d'aide aux employés<sup>21</sup>. Les employeurs du secteur de la sécurité publique jouent un rôle important en s'attaquant aux causes et aux conséquences de la stigmatisation liée aux besoins en santé mentale au sein de leur organisation<sup>22-24</sup>. Les organisations risquent de renforcer la stigmatisation de manière structurelle par le biais de pratiques et de politiques qui désavantagent les personnes souffrant de troubles de la santé mentale<sup>12,25</sup>. Les dirigeants des organisations peuvent également avoir des croyances négatives sur les personnes souffrant de BSPT, ce qui peut entraîner des mesures discriminatoires et influencer la culture générale de l'organisation et l'attitude à l'égard de la santé mentale<sup>12,25</sup>.

## Contexte de l'Ontario

En 2016, l'Assemblée législative de l'Ontario a modifié la législation afin de qualifier le SSPT dont souffre le PSP d'accident du travail. Cette modification législative, qui s'applique aux politiques opérationnelles de l'autorité provinciale d'indemnisation des accidents du travail, présume que le diagnostic de SSPT établi par un psychologue ou un psychiatre pour un membre du PSP en service actif a été causé par des expositions sur le lieu de travail<sup>25</sup>. Cette législation couvre 12 catégories de travailleurs, dont les policiers, le personnel paramédical et les travailleurs des établissements pénitentiaires. L'une des conséquences de cette législation présomptive a été une augmentation spectaculaire de l'incidence des demandes d'indemnisation acceptées

pour des diagnostics de SSPT parmi les 70 000 membres du PSP de l'Ontario, qui sont passées de moins de 100 par an avant 2016 à une moyenne de 700 à 800 demandes annuelles après la désignation présumptive<sup>21</sup>. Dans le cas d'une maladie ou d'une blessure liée au travail et indemnisée par l'organisme provincial d'indemnisation des accidents du travail, les employeurs ont l'obligation légale de prendre des mesures d'adaptation pour les travailleurs vivant avec un handicap et de leur offrir des opportunités pertinentes de retour au travail. Parallèlement aux modifications législatives, les organismes de sécurité publique ont été tenus de fournir au ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario un plan de prévention du SSPT décrivant les mesures qu'ils allaient prendre pour prévenir le développement du SSPT et soutenir la santé mentale du PSP<sup>25</sup>.

Les employeurs du secteur de la sécurité publique en Ontario ont également l'obligation de mettre en place des mesures d'adaptation pour les membres qui se rétablissent d'une BSPT. Si la demande d'indemnisation d'un membre du PSP pour une blessure de stress mental est approuvée, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) soutient le membre du PSP pendant son arrêt de travail et assure la liaison entre l'employeur, ce membre et les professionnels de la santé. Les membres du PSP qui souffrent d'une BSPT ont tendance à avoir des demandes d'indemnisation plus longues et plus de difficultés à retourner au travail, et ce, pour de nombreuses raisons. Les travailleurs sont souvent confrontés à un manque de communication de la part de la WSIB, à une ambiguïté financière et à la difficulté à se repérer dans le processus de réclamation<sup>26</sup>. Les membres du PSP peuvent être réticents à reprendre le travail compte tenu de leur connaissance des exigences et de l'environnement de travail, ce qui est susceptible d'activer les réactions traumatiques<sup>27</sup>. Des facteurs organisationnels tels que le manque de personnel, le manque de connaissances des dirigeants sur les BSPT et le manque de soutien organisationnel peuvent faire en sorte que les membres du PSP ne se sentent pas soutenus par leur employeur, que leur santé mentale se dégrade et que ces facteurs constituent un obstacle au retour au travail<sup>28,29</sup>. La stigmatisation peut également avoir une incidence négative

sur le parcours de retour au travail du membre du PSP ayant souffert de BSPT<sup>30</sup>. Malgré la grande influence des organisations de sécurité publique sur le PSP, on sait peu de choses sur le point de vue des employeurs concernant la stigmatisation liée à la santé mentale au sein de leur organisation.

Cet article décrit les perspectives des représentants des employeurs du secteur de la sécurité publique en Ontario concernant la persistance de la stigmatisation au fil du temps ainsi que les défis contemporains découlant de l'obligation des employeurs de fournir des mesures d'adaptation au travail pour les membres du PSP qui se rétablissent d'une atteinte à la santé mentale attribuée aux BSPT. L'étude utilise une analyse thématique réflexive pour explorer la façon dont les représentants des employeurs du secteur de la sécurité publique comprennent l'influence passée et actuelle de la stigmatisation liée à la santé mentale au sein de leur organisation.

## Méthodologie

Les résultats proviennent de données collectées dans le cadre d'une étude qualitative plus large qui a porté sur les perspectives des employeurs sur le retour au travail pour le PSP ayant souffert d'une BSPT. Ceux-ci reflètent les discussions approfondies sur la stigmatisation liée à la santé mentale qui ont eu lieu au cours d'entretiens. L'étude au sens large a été évaluée et approuvée par le CER de l'Université de Toronto (RIS n° 3770).

## Recrutement

Les employeurs participants ont été recrutés par le biais de recommandations formelles et informelles. Pour les recommandations formelles, le représentant principal ayant le pouvoir de décision a accepté la participation de son organisation. Il lui a été demandé de désigner un ou plusieurs membres du personnel des ressources humaines ou de la gestion du handicap de son organisation comme candidat(s) à la participation à l'étude. Les recommandations informelles consistaient à demander à des contacts connus de l'équipe de recherche de diffuser des informations sur l'étude, à recenser et à communiquer avec des participants potentiels par l'entremise de la page Web de leur organisation ou leur compte LinkedIn et à adopter une approche d'échantillonnage en boule de neige. Les participants potentiels recrutés

à partir de recommandations formelles et informelles ont été informés que leur participation était volontaire et confidentielle.

## Participants

Des personnes employées par des organismes de sécurité publique en Ontario, soit des services de police, des services correctionnels, des services paramédicaux et des services de pompiers, ont été interrogées. Les participants admissibles devaient avoir des connaissances et de l'expérience en matière de gestion du handicap et de politiques et pratiques de mesures d'adaptation, en particulier en ce qui concerne les BSPT. Les services administrés par le gouvernement fédéral ont été exclus.

Vingt-huit entretiens semi-structurés ont été menés entre juillet 2023 et janvier 2024, avec 33 représentants (27 femmes et 6 hommes) de 28 organisations de sécurité publique couvrant 16 municipalités, cinq organisations desservant l'ensemble de l'Ontario (tableau 1). Les organisations du secteur de la sécurité publique regroupaient des établissements pénitentiaires, des services de police, des pompiers et des services paramédicaux desservant des zones géographiques précises. Les participants appartenaient à divers services de l'organisation, généralement les ressources humaines, la gestion du handicap et le bien-être ainsi que la direction. Les entretiens se sont déroulés de façon individuelle avec l'enquêteur ou par paires de participants, à la demande de ces derniers. Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour obtenir un ratio comparable d'employeurs de la police, des pompiers, des services correctionnels et des services paramédicaux, proportionnellement à leurs réclamations pour blessures psychologiques déclarées à la WSIB entre 2018 et 2020. Toutefois, la difficulté à recruter des candidats admissibles pour les services de pompiers et les services correctionnels a entraîné un recrutement plus faible dans ces professions.

La plupart des organisations relevant des municipalités étaient situées dans le sud de l'Ontario, une minorité dans le nord de l'Ontario. Les municipalités échantillonnées rassemblaient des collectivités de grande taille, de taille moyenne et de petite taille, avec des populations variant entre plus d'un million d'habitants et moins de 100 000 habitants. Neuf organisations comptaient plus de 1 000 employés,

**TABLEAU 1**  
**Nombre de participants par secteur**

	Pompiers	Personnel paramédical	Police	Services correctionnels	Total
Organisations	4	9	11	4	28
Représentants individuels des employeurs	5 <sup>a</sup>	10 <sup>b</sup>	14	4	33

<sup>a</sup> Deux participants ont été impliqués dans le processus de retour au travail pour les pompiers et pour le personnel paramédical.

<sup>b</sup> Un participant a été impliqué dans le processus de retour au travail pour le personnel paramédical et pour la police.

cinq entre 500 et 1000 employés et 14 moins de 500 employés.

Les entretiens ont duré entre 45 et 65 minutes (moyenne = 53,39, écart-type = 4,90) sur Zoom (version 5.13.5, Zoom Communications Inc., San Jose, Californie, États-Unis) ou par téléphone et ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur portatif ou par le biais de la plateforme Zoom. Le consentement verbal à la participation et aux enregistrements a été obtenu au début des entretiens. Les enregistrements ont été retranscrits par un service de transcription professionnel. LV a dépersonnalisé et vérifié l'exactitude de toutes les transcriptions d'entretiens avant de les analyser. Les deux premiers entretiens ont été menés par BY et LV afin d'évaluer la qualité et le flux des questions. Le guide d'entretien a été adapté en conséquence. Les autres entretiens ont été menés par LV. BY, cochercheuse principale de cette étude, est une chercheuse qualitative spécialisée dans le comportement organisationnel et la gestion des ressources humaines. LV, chercheuse associée pour cette étude, a une expérience de recherche qualitative et une formation en anthropologie sociale et en traitement en santé mentale.

Toutes les citations ont été traduites librement de l'anglais.

### Analyses

Nous avons utilisé une analyse thématique réflexive pour obtenir une analyse riche et détaillée des données en utilisant les connaissances subjectives et l'expérience de l'équipe de recherche pour cocréer du sens dans les données<sup>31</sup>. Les données ont été analysées en même temps que les entretiens ont eu lieu, ce qui a permis de cerner les lacunes dans les connaissances, d'orienter les questions des entretiens ultérieurs et de déterminer les thèmes dès le début. L'équipe de recherche

a cessé de mener des entretiens lorsqu'elle a disposé de suffisamment de données pour répondre à la question de recherche<sup>32</sup>.

LV et BY se sont familiarisées avec les données et se sont rencontrées régulièrement pour discuter des interprétations des données, ce qui leur a permis de créer des codes inductifs pour étiqueter les réflexions clés<sup>33</sup>. Les premiers entretiens ont été codés individuellement dans NVivo10 pour Windows (QSR International Pty Ltd. 1999-2014, Burlington, Massachusetts, États-Unis) par LV et BY pour faciliter la familiarisation avec les données et leur interprétation. Ensuite, LV et BY ont discuté de leurs interprétations et ont créé ensemble des codes qui ont été appliqués à toutes les transcriptions. LV a procédé au codage initial des entretiens et a mis en évidence ses interprétations supplémentaires ou ses modifications. BY a passé en revue le codage et les réflexions et y a ajouté ses propres impressions. Ces singularités ont été discutées en réunion d'équipe et les codes ont été ajustés en conséquence pour mettre en évidence ces nouveaux sens. Les codes ont été synthétisés pour créer des motifs descriptifs plus larges de sens à l'échelle des données partagées par l'équipe de recherche (c'est-à-dire des thèmes). Ces thèmes ont été continuellement affinés tout au long de l'analyse jusqu'à ce qu'ils soient succincts et distincts les uns des autres. CM a participé à la cocréation de sens en fournissant ses interprétations sur les thèmes généraux. Le codage et la création de thèmes ont eu lieu entre novembre 2023 et mai 2024.

Des réunions hebdomadaires ont rassemblé tous les membres de l'équipe tout au long de l'étude, assurant des discussions permanentes sur le recrutement, la méthodologie et les interprétations. La réflexivité a été maintenue tout au long du processus en discutant pendant les réunions des

membres de l'équipe des éléments ayant piqué leur curiosité en lien avec leurs intérêts et des associations établies entre leur domaine d'expertise et les données<sup>34</sup>. Ils ont également fait preuve de réflexivité en réfléchissant et en discutant des hypothèses sous-jacentes sur lesquelles ils s'appuyaient pour analyser les données, de la manière dont ces hypothèses influençaient l'analyse et de l'incidence des interprétations sur le PSP, la WSIB et les employeurs. Cette approche s'est avérée particulièrement utile dans les moments où les participants partageaient des opinions tranchées susceptibles d'éclipser les nuances de la situation décrite par d'autres participants. De plus, les formations universitaires et les intérêts de BY et LV les ont aidées à comprendre les nuances dans les conversations des participants sur la stigmatisation en milieu de travail et dans leur profession, et à les situer dans un contexte culturel et politique plus large. Le suivi des vérifications a également favorisé la réflexivité en permettant de maintenir le fil des questions des membres de l'équipe, de l'évolution des interprétations des données et des changements apportés au processus de recherche. Une synthèse des résultats de la recherche du volet plus large sur lequel cette étude est basée a été fournie à des participants sélectionnés de toutes les professions du PSP pour obtenir une rétroaction, afin d'enrichir davantage les données en les impliquant dans le processus de recherche et l'interprétation des données. Nous avons utilisé les normes en matière de recherche qualitative des Standards for Reporting Qualitative Research pour guider le compte-rendu de cette étude<sup>35</sup>.

### Résultats

Les participants ont affirmé que la stigmatisation de longue date liée à la santé mentale, qui considère les BSPT comme une déficience inhérente et un signe qu'un membre du PSP n'est pas apte à effectuer son travail, est en diminution lente dans les organisations de sécurité publique. Ils attribuent cette évolution à des changements sociétaux plus larges qui englobent la santé mentale et à des réformes législatives qui définissent les BSPT comme un accident du travail et obligent les employeurs à prévoir des mesures d'adaptation au travail. Ce recadrage a poussé les organisations de sécurité publique à réévaluer leurs pratiques et à créer et renforcer des initiatives et du soutien en matière de santé mentale, afin de réduire

la stigmatisation liée à la santé mentale et d'améliorer la prévention des BSPT. Les participants ont également évoqué les défis liés au soutien à la santé mentale des membres du PSP, défis qui peuvent avoir une incidence sur l'efficacité des efforts visant à réduire la stigmatisation (figure 1). Ces défis sont abordés dans les prochaines sections.

### État de la stigmatisation liée à la santé mentale dans les organisations de sécurité publique

#### Stigmatisation de longue date liée à la santé mentale

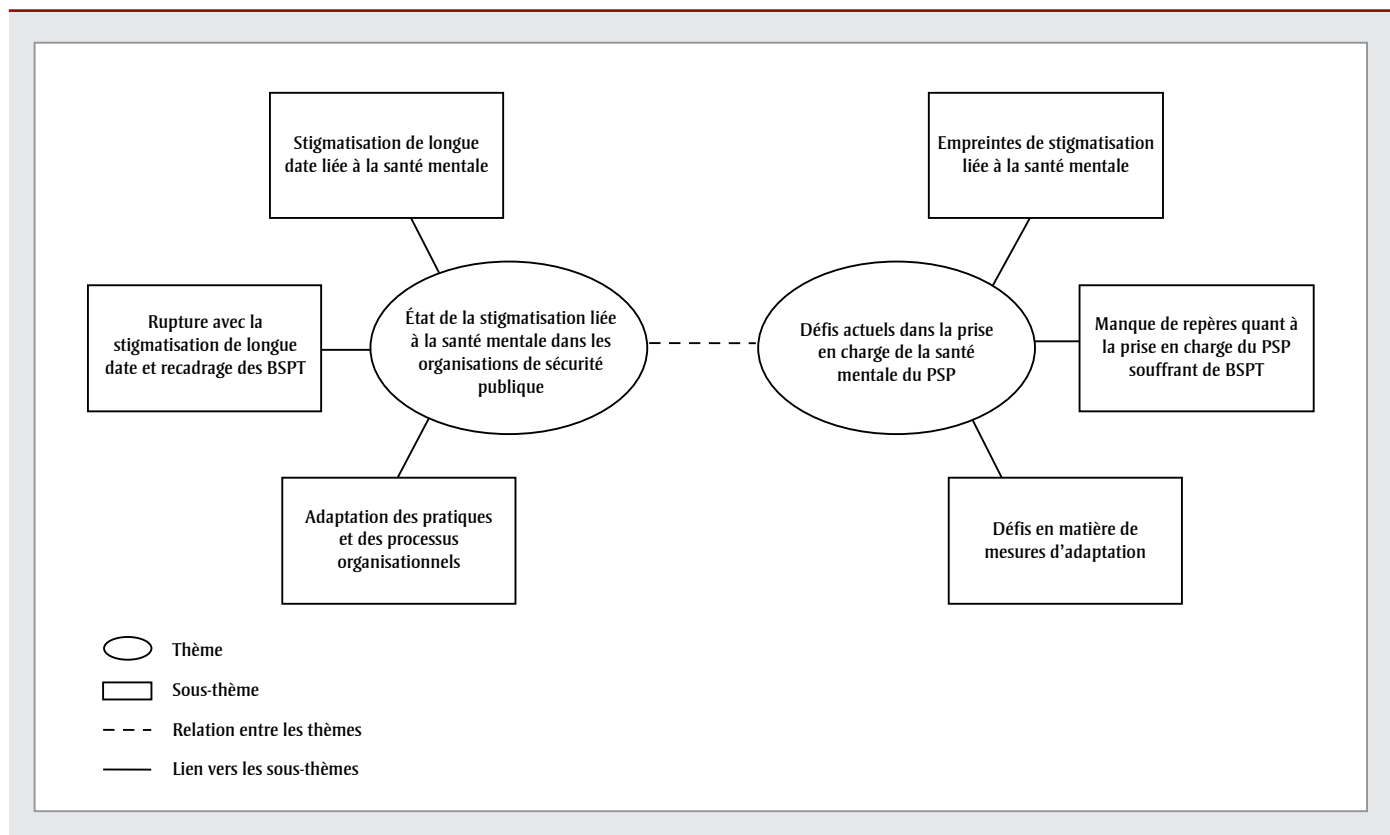
Les représentants des employeurs ont expliqué que, de longue date, il a existé au sein de leur organisation d'importantes croyances stigmatisantes concernant la santé mentale. Les membres du PSP devaient rester maîtres de leurs émotions lors d'événements très stressants et ne pas exprimer de sentiments « vulnérables » comme la peur et la tristesse. La croyance voulait que « C'est votre travail, c'est ce pour quoi vous avez signé ». (personnel paramédical, entretien 19). Le membre du PSP qui déclarait avoir des problèmes de

santé mentale était stigmatisé sur le plan moral, car on supposait qu'il était intrinsèquement faible sur le plan émotionnel et qu'il était incapable d'exercer cette profession. L'hypothèse du « tout ou rien » a également été mentionnée, selon laquelle un membre du PSP est soit entièrement capable de faire son travail, soit totalement incapable. Un représentant d'un employeur du secteur correctionnel a expliqué que lorsqu'il a abordé la question de la thérapie d'exposition, les superviseurs se sont montrés très réticents en raison de leur manque de connaissances sur cette approche et de leur conviction qui leur dictait que « soit vous revenez au travail, soit vous n'y revenez pas » (entretien 29). Ces attitudes négatives à l'égard de la santé mentale ont également alimenté la crainte du PSP d'être victime de discrimination de la part de l'employeur. Plus précisément, les participants ont décrit que les membres du PSP craignaient que leur carrière soit compromise en raison du risque d'être mis à l'écart des possibilités de promotion ou d'être contraints de cesser d'exercer avec leurs capacités professionnelles actuelles. Un représentant

d'un employeur de la police a souligné : « Je me souviens de policiers assis dans mon bureau qui ont peur de parler parce qu'ils pensent qu'on va leur retirer leur arme » (entretien 33). Un autre employeur de la police a expliqué que les craintes d'être stigmatisé étaient « renforcées par les expériences », ce qui influençait « les raisons pour lesquelles les gens choisissent de faire les choses d'une certaine manière » (entretien 6).

Les membres du PSP ont souvent eu du mal à accepter l'existence de répercussions de leur travail sur leur santé mentale, craignant souvent la stigmatisation et la discrimination ou se sentant honteux de leur état. Un représentant d'un employeur de personnel paramédical a expliqué : « Personne n'admettait auparavant une atteinte à la santé mentale. On trouvait n'importe quelle autre raison, sauf la santé mentale. Une blessure au dos, à l'épaule ou quoi que ce soit d'autre » (entretien 21). La difficulté à accepter les défis en santé mentale et les besoins associés a également longtemps dissuadé le PSP de chercher du soutien auprès des

FIGURE 1  
Carte thématique avec thèmes, sous-thèmes et relations entre les thèmes



Abréviations : BSPT, blessures de stress post-traumatiques; PSP, personnel de la sécurité publique.

professionnels de la santé mentale, comme l'a indiqué un autre employeur paramédical :

Il s'agissait surtout de se résigner et de passer à autre chose, et personne ne parlait d'aller parler à un psychologue. Ce que faisait un psychologue. Ça n'était jamais un sujet de conversation. (entretien 22)

Les participants ont indiqué que le fait de nier les sentiments qui découlent du travail conduit souvent à une aggravation de la détresse mentale ou à l'utilisation de méthodes nocives pour gérer les émotions elles-mêmes, ce qui peut impliquer des pratiques anesthésiantes comme la consommation de substances. Un employeur de la police a décrit comment la consommation d'alcool était encouragée dans leur culture policière comme un mécanisme d'adaptation :

Lorsque [les policiers] sont allés à l'école de police, on leur a appris que si vous aviez eu une mauvaise journée, une journée stressante, vous sortiez avec vos hommes, vous alliez au bar et vous buviez jusqu'à l'ivresse. Vous vous levez le lendemain, et vous faites avec. (entretien 11)

Par ailleurs, quelques participants ont décrit des approches visant à éviter la stigmatisation en recherchant le soutien de collègues de confiance et en discutant de manière informelle avec eux après un événement potentiellement traumatisant.

### **Rupture avec la stigmatisation de longue date et recadrage des BSPT**

Bien que les participants admettent que la stigmatisation continue d'exister, ils affirment également qu'elle est en diminution au sein de leur organisation. Ils attribuent ce changement à deux facteurs principaux : une évolution sociale plus large dans les conceptions en matière de santé mentale et l'introduction de réformes législatives en 2016. Ces changements sociaux et politiques ont contribué à normaliser les discussions sur la santé mentale et à recadrer les BSPT comme accident du travail, ce qui a encouragé les organisations à renforcer les soutiens préventifs en matière de santé mentale pour leurs membres et à améliorer les mesures d'adaptation et de retour au travail.

Les représentants des employeurs ont discuté de l'évolution de la relation du public avec la santé mentale au fil des ans. Ils

ont noté que la société est plus ouverte aux discussions en matière de santé mentale, ce qui est évident dans le contenu des médias grand public. Un représentant des services paramédicaux a décrit l'évolution de la sensibilisation à la santé mentale dans les médias : « Il y a vingt ans, on n'aurait pas vu les publicités que l'on voit aujourd'hui sur la santé mentale et les programmes "si on se sent dépassé, il faut en parler" » (entretien 7). Les participants ont suggéré que l'accent mis par la société sur la santé mentale contribue à réduire la stigmatisation au sein du PSP, en particulier chez la génération la plus récente de PSP qui a été davantage exposée à des messages normalisant la santé mentale. Les participants ont indiqué que ce changement générationnel est évident dans la mesure où les nouveaux membres du PSP ont tendance à parler plus ouvertement de leur état de santé mentale et de leurs besoins, et à jouer un rôle plus actif en faveur de leur santé mentale. Un représentant de la police a observé que les médias ont modifié les croyances liées aux anciennes générations :

Il y a davantage de médias sociaux et de campagnes publiques sur la dimension de la santé mentale, et ça se voit clairement chez les jeunes recrues. Elles sont davantage disposées à se manifester, à parler d'elles-mêmes, à plaider pour elles-mêmes et pour plus d'aides au bien-être. C'est une rupture, où l'ancienne génération n'est pas nécessairement active, mais où toutes les nouvelles recrues sont mieux informées et plus au fait de ce qu'elles veulent ou souhaitent faire. (entretien 3)

Avec cette normalisation de la santé mentale au niveau sociétal, certains participants ont mentionné que la nouvelle génération de PSP avait tendance à être plus consciente de son état émotionnel et à participer à des mesures de soutien en matière de santé mentale. Certains participants ont indiqué que l'arrivée de PSP qui ne stigmatise pas la santé mentale modifie la culture organisationnelle et professionnelle dans son ensemble, à mesure que les membres du PSP plus âgés qui stigmatisent partent à la retraite. Comme l'a déclaré un représentant des employeurs de la police : « Une partie de la vieille garde est en train de quitter nos services » (entretien 6).

Toutefois, cette ouverture à la discussion sur les problèmes de santé mentale et à la recherche d'aide s'étend de manière générale aux différentes générations de PSP dans tous les services. Un représentant des services correctionnels a remarqué que les membres du PSP sont plus « transparents » en ce qui concerne les problèmes de santé mentale et « parlent ouvertement de [leur] maladie mentale et de la façon de la gérer » (entretien 16). En plus de discuter des ressources qu'il utilise pour gérer les BSPT, le membre du PSP peut également être encouragé à utiliser les soutiens professionnels disponibles. Dans une organisation employant des pompiers, une psychologue qui travaillait initialement avec des pairs a étendu ses services à l'ensemble de l'organisation après avoir reçu un intérêt massif de la part du PSP. Aujourd'hui, plus des trois quarts des membres de l'organisation consultent ce psychologue. De même, un employeur de la police s'est souvenu d'un moment où un membre du PSP avait ouvertement reconnu avoir eu recours au programme d'aide aux employés lors d'une séance de formation et avait fait l'éloge de ces services, ce qui, selon le participant, n'aurait pas été mentionné auparavant.

De plus, la législation présomptive et l'obligation de créer un plan de prévention ont activement placé la responsabilité du bien-être du PSP sur les organisations de sécurité publique et les ont encouragées à réfléchir et à agir sur la façon de soutenir adéquatement la santé mentale de leurs employés. Cette réorientation a été soulignée par un représentant d'employeur de services de pompiers, qui a reconnu que la législation présomptive « a définitivement mis l'accent sur la santé mentale en milieu de travail. Cette approche nous a permis de mettre l'accent sur le fait que nous devons nous assurer que tout ce que nous faisons visait à empêcher ces demandes d'indemnisation de se produire, et donc de faire beaucoup de prévention » (entretien 1). Depuis l'adoption de la législation présomptive, les participants ont également constaté une augmentation des demandes d'indemnisation au titre des BSPT et un plus grand nombre de membres du PSP signalant et documentant les événements stressants auprès de leur employeur. Dans certains cas, l'augmentation du nombre de demandes d'indemnisation a entraîné la création ou l'élargissement d'équipes de gestion des compétences qui soutiennent les demandes d'indemnisation et le retour au travail.

Pour un employeur de la police, l'augmentation du nombre de demandes d'indemnisation l'a conduit à faire appel à un prestataire tiers de services de gestion du handicap jusqu'à ce qu'il puisse agrandir son équipe interne.

Cette rupture dans la conception de ce qu'est la santé mentale et dans la législation s'est reflétée dans la discussion des participants à propos des BSPT. Alors que la stigmatisation de longue date faisait des BSPT des échecs personnels, les participants ont explicitement parlé des BSPT comme d'un danger professionnel. Ce changement de langage était évident pour un employeur paramédical :

Je ne pense pas qu'il aurait été étrange, même il y a dix ans, de dire que [un membre duPSP] est en arrêt parce qu'il est malade, qu'il est fou, ou qu'il a perdu la tête, ou quoi que ce soit de ce genre. Il se peut que cette stigmatisation persiste, mais je pense qu'au moins le langage a commencé à changer. On dit maintenant qu'il est en arrêt en raison d'une blessure mentale, ou d'une blessure due au stress, ou quelque chose comme ça, ou même d'un SSPT ou autre. Les gens sont plus enclins à utiliser au moins le langage quotidien auquel nous sommes habitués. Et si vous [demandez] à quel moment nous avons commencé à voir ce changement, c'est probablement peu de temps après l'entrée en vigueur de la législation présomptive pour le SSPT pour le personnel paramédical. (entretien 21)

Cette reconsidération à propos des BSPT en faisant une conséquence inévitable des expositions professionnelles s'est également traduite par des nuances subtiles dans la manière dont les représentants des employeurs ont décrit la santé mentale dans les professions de sécurité publique. Ils ont défini les BSPT comme une blessure complexe dont l'incidence fluctue dans le temps et peut se manifester différemment chez chaque personne, ce qui nécessite des initiatives organisationnelles axées sur le soutien au membre du PSP qui souffre de BSPT :

[Une BSPT], ce n'est pas la même chose que si vous vous cassez le poignet, que je me casse le poignet, et que nous avons la même douleur. Ce n'est pas la même chose, un problème

de santé mentale. Si vous souffrez d'une BSPT et que je souffre d'une BSPT, notre cerveau est tellement unique. Par exemple, un élément déclencheur pour moi ne le sera pas nécessairement pour vous. C'est pourquoi nous devons investir davantage de ressources dans le soutien à ces employés, car on ne sait jamais ce qui va arriver. (employeur paramédical, entretien 17)

### **Adaptation des pratiques et des processus organisationnels**

Les participants ont affirmé que les changements sociaux plus larges et la législation présomptive ont encouragé les organisations de sécurité publique à créer et à renforcer les initiatives et le soutien en matière de santé mentale afin de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale et d'améliorer la prévention des BSPT. Les BSPT étant considérées comme un accident du travail ordinaire, les employeurs ont dû sensibiliser le PSP, les superviseurs et les dirigeants aux BSPT et à la santé mentale au sein de leur organisation. Il s'est révélé également nécessaire de mettre en place des mesures de soutien plus proactives pour prévenir l'apparition et le développement des BSPT. Par conséquent, les pratiques et les processus organisationnels ont dû être modifiés pour s'adapter à la nouvelle conception des BSPT.

Les mesures de soutien décrites par les participants impliquaient une formation pour le PSP et les superviseurs, afin de créer une compréhension de base de ce qu'est la santé mentale et de sensibiliser aux symptômes des BSPT chez soi et chez les autres. Les participants ont mentionné l'utilisation de cours de formation en ligne, tels que « En route vers la préparation mentale » et « Before Occupational Stress » [Avant le stress opérationnel], et quelques-uns ont indiqué qu'ils avaient fait appel à un professionnel local de la santé mentale pour assurer la formation. Certains superviseurs ont reçu une formation spécialisée, principalement par des équipes internes de bien-être ou de gestion des demandes d'indemnisation, sur la manière d'aider le membre du PSP souffrant de BSPT, sur la compréhension des limitations et restrictions cognitives, sur leur devoir de fournir une adaptation et sur la manière de déterminer les mesures d'adaptations appropriées. Un employeur de la police a décrit une discussion annuelle avec les dirigeants :

Chaque année [le jour de l'éducation], nous avons passé du temps avec chacun d'entre eux pour parler de la gestion des capacités, du retour au travail, de notre rôle et du leur. Parfois, il s'agit d'une conversation de 10 minutes, sans aucune question. Cela ressemble à : bien, vous avez les informations, vous savez qui nous sommes. À d'autres moments, j'ai eu d'incroyables conversations d'une heure ou d'une heure et demie avec des personnes sur la manière dont nous pouvons nous améliorer et sur leurs points faibles. Des idées vraiment riches et des conversations ouvertes et honnêtes sur la question de savoir pourquoi nous agissons ainsi, pourquoi nous devons faire ceci et pourquoi nous ne faisons pas cela. (entretien 32)

Certains représentants des employeurs ont décrit le rôle des dirigeants dans la normalisation des discussions sur la santé mentale au sein de leur organisation. Quelques-uns ont fait part des moyens mis en œuvre par leur équipe de direction pour lutter contre la stigmatisation en créant une mission stratégique organisationnelle visant à soutenir le bien-être du PSP et en mettant en place davantage de soutiens organisationnels en matière de santé mentale. Un représentant d'un employeur de la police a expliqué que l'encouragement verbal des dirigeants à accéder aux services de santé mentale avait contribué à réduire la stigmatisation :

Notre personnel de commandement a une attitude très claire. Ils mentionnent que nous devons avoir recours à ces soutiens. Que ce n'est pas un signe de faiblesse, que c'est un signe de force. Nous essayons donc de faire évoluer la culture du haut vers le bas, mais comme vous le savez, ce n'est pas toujours rapide, mais nous y arrivons. Il faudra beaucoup de temps pour effacer les années de ce comportement, n'est-ce pas? (entretien 11)

Parmi les autres initiatives, citons également la présence d'un psychologue sur place, la mise en place d'équipes de soutien par les pairs, des séances de compte-rendu en cas d'événement critique et la création d'équipes de bien-être composées de personnes spécialisées dans la santé mentale et la gestion du handicap. Quelques participants ont fait état de la

présence de comités où les représentants des employeurs et des syndicats se réunissent pour discuter de la manière de soutenir la santé mentale du PSP. Les participants qui ont mis en place ces comités au sein de leur organisation ont déclaré qu'ils étaient utiles pour partager les connaissances sur l'expérience du PSP et pour se responsabiliser mutuellement :

Nous avons mis en place un programme [pour] chaque événement où une mesure d'adaptation doit être mise en œuvre. Le syndicat a son mot à dire, le gestionnaire, le membre du syndicat, l'employeur et un autre représentant [du programme], qui est généralement un autre membre du syndicat, s'assoient ensemble et déterminent les mesures d'adaptation qui fonctionneront le mieux. Le syndicat est très utile à ce sujet, parce que par nature, si la direction suggère quelque chose, il peut y avoir une certaine réticence, mais si l'employé voit que le syndicat et la direction sont d'accord avec le plan d'adaptation, il n'y a plus autant de résistance à ce plan. (employeur des services correctionnels, entretien 37)

Bien que les organisations de sécurité publique aient pris des mesures pour renforcer leurs politiques et leurs pratiques afin d'être cohérentes avec la conception des BSPT en tant qu'accident du travail, les participants ont également discuté des défis liés au soutien à la santé mentale du PSP. Ces défis peuvent avoir une incidence sur l'efficacité des efforts pour réduire la stigmatisation.

### **Défis actuels dans la prise en charge de la santé mentale du PSP**

#### **Empreintes de stigmatisation liée à la santé mentale**

Les représentants des employeurs ont admis que les expériences découlant de la stigmatisation de longue date continuent à structurer les relations des organisations avec le PSP. Bien que le personnel, les croyances et la structure de l'organisation aient changé pour devenir plus favorables à la santé mentale, de nombreux membres du PSP ont du mal à faire confiance à ce changement :

Même si nous sommes des personnes différentes et que notre approche est sans doute différente de celle du passé, si quelqu'un a eu une expérience

terrible dans le passé et en garde de mauvais souvenirs datant d'il y a 15 ou 20 ans, nous devons d'abord surmonter cette situation, puis traiter le problème actuel. Une partie de la résistance ou de la contestation dont nous faisons l'objet n'est peut-être pas liée à nous, mais à ce qui s'est passé il y a dix ans ou plus. (employeur de la police, entretien 32)

Pour certains, cette méfiance est justifiée, puisqu'il demeure de la méfiance envers le PSP souffrant d'une BSPT, un questionnement sur la réalité de sa blessure ou sur le fait que la personne est peut-être malhonnête afin de bénéficier d'un congé payé. Un employeur de la police a décrit comment cette suspicion peut naître de croyances inexactes quant à la nature d'un accident du travail lié à la santé mentale :

Nous devons reconnaître que la police, c'est un groupe méfiant qui a reçu une formation d'enquêteur, ils remplissent les cases vides. Et ça peut parfois être à notre détriment d'un point de vue de la culture organisationnelle, si on voit telle personne à la salle de sport ou sur Instagram, et on se demande pourquoi elle n'est pas ici au travail, parce qu'elle semble aller bien ou qu'elle voyage ou fait quoi que ce soit d'autre. Le moulin à rumeurs est brutal. (entretien 32)

Les représentants des employeurs ont expliqué qu'il était essentiel que la direction soit sensibilisée à la santé mentale et qu'elle s'engage en faveur de la santé mentale afin de favoriser une culture de soutien sur le lieu de travail et lutter contre la stigmatisation, ce qui permet de (re)construire la confiance avec les employés. Les participants ont fait part de leurs efforts en matière d'éducation et d'orientation de la direction en ce qui concerne les demandes d'indemnisation au titre des BSPT, la sensibilisation à la santé mentale et la défense de cette dernière :

Nous essayons d'offrir davantage de formations en matière de santé mentale. La psychologue avec laquelle nous avons travaillé, nous prenons des dispositions pour qu'elle revienne. Elle est déjà venue il y a quelques années, mais [cette fois] elle va organiser des séances avec tout le monde pour parler de la stigmatisation, de la reconnaissance des signes et symptômes et

de plusieurs autres choses, ainsi qu'une formation spécifique pour les superviseurs sur la manière de gérer un appel traumatisant, mais aussi de gérer ensuite les personnes qui restent. Leur expliquer où se trouve cette personne [affectée], ou s'ils disent des choses qu'ils ne devraient pas, comment gérer tout ça sur le lieu de travail. J'espère que ce sera bénéfique. (employeur de la police et du personnel paramédical, entretien 16)

#### **Manque de repères en matière de prise en charge du PSP souffrant de BSPT**

Les participants ont indiqué que, bien que les difficultés mentales soient mieux acceptées et reconnues au sein de leur organisation, les superviseurs et les collègues qui s'adaptent à l'évolution de la conception des BSPT en tant que blessure complexe et personnelle ont exprimé leur manque de repères quant à la manière de communiquer avec ces travailleurs et de les soutenir. La plupart des collègues et des superviseurs admettent généralement la légitimité des BSPT, mais ils ont « peur de parler à [la personne qui en souffre] pour éviter le risque de la mettre en colère ». (employeur de la police, entretien 28). Comme l'a mentionné un employé du secteur paramédical et des pompiers, cette situation peut amener les superviseurs et les collègues à mettre l'emphase sur la maladie et sur la manière dont leurs interactions avec le PSP peuvent avoir un effet sur la personne :

Tout le monde craint tellement ce sujet [les BSPT]. Ils ont peur de dire certaines choses. Tout est édulcoré et tout est monotone. Supposons que vous et moi avons affaire à quelqu'un, vous êtes le représentant de la WSIB et nous avons une conversation avec un employé. Nous terminons la réunion et vous êtes un peu sévère. Et l'employé finit par se faire du mal. Maintenant, il y a ce sentiment de culpabilité, vous vous sentez responsable d'avoir causé [le mal]. C'est ce que je veux dire par « craindre », parce que nous ne voyons pas [les BSPT], nous ne les ressentons pas, nous ne savons pratiquement rien à ce sujet, parce que ça réside dans le système de quelqu'un. Les gens ont peur et ne comprennent pas vraiment. (entretien 8)

Pour certains, la conviction que les BSPT sont un signe inhérent de faiblesse a fait

place à la conviction que la santé mentale est influencée par de nombreux facteurs, dont ce qu'on dit, et que les personnes qui ont des difficultés en matière de santé mentale sont particulièrement sensibles à ces facteurs. Ce changement en matière de stigmatisation peut avoir des effets semblables à ceux de la stigmatisation de longue date, car elle isole le membre du PSP en le mettant au ban de la société. Elle place les BSPT au centre de l'identité du membre du PSP, oubliant les autres facettes qui font de lui un membre du PSP et un individu, réduisant ainsi sa personnalité à son expérience de BSPT.

Le manque de repères au sein de l'organisation en matière de compréhension des besoins du PSP et des possibilités de mesures d'adaptation a également rendu difficile l'élaboration de politiques et de procédures fournissant des directives sur la manière d'établir des relations avec les membres du PSP souffrant de BSPT. Pour certains superviseurs, ce manque de repères provient de limitations et de restrictions vagues de la part de la WSIB et des professionnels de la santé, créant des problèmes lorsqu'il s'agit de soutenir le retour au travail et l'adaptation du membre du PSP :

Parfois, nous recevons beaucoup de gens qui disent ne pas pouvoir être exposés à des contenus traumatisants. J'ai besoin d'un peu plus de détails. Qu'est-ce que ça signifie? Est-ce que ça signifie un contenu traumatisant dans le cadre d'une enquête? Où un contenu traumatisant à la télévision, parce que [les informations] sont diffusées en permanence dans ce bâtiment? Nous devons commencer par définir ce que nos emplois exigent et ce que les gens exigent, et ensuite nous pourrions commencer à les faire correspondre. Mais, comme je l'ai dit, ces informations ne sont pas disponibles pour l'instant. (employeur de la police, entretien 2)

Les représentants des employeurs ont indiqué que le membre du PSP souffrant d'une BSPT est souvent privé des repères et des fonctions qui étaient essentiels à son travail avant la blessure. Ces repères peuvent être présents dans l'installation physique, ce qui rend celle-ci difficile à adapter. Les participants ont souligné l'importance pour le PSP de disposer de plusieurs moyens d'accéder à des mesures de soutien susceptibles de répondre à

leurs divers besoins. Ils ont décrit diverses initiatives visant à renforcer les systèmes de soutien au PSP, comme l'intégration du soutien par les pairs dans le processus standard de retour au travail. Ils ont également indiqué que l'instauration d'un climat de confiance entre l'employeur et le PSP contribue à la réussite du retour, assurant plus de transparence au membre du PSP quant à ses besoins au fur et à mesure qu'il avance dans le plan de retour au travail. Cette transparence donne aux employeurs la possibilité d'intervenir et de travailler avec le membre du PSP pour répondre à ses besoins.

Les participants ont également évoqué des processus de retour progressif à l'emploi qui assurent une collaboration étroite avec le membre du PSP afin d'adapter le plan à ses besoins. Certains membres du PSP se sont vus offrir la possibilité de suivre une thérapie d'exposition sur leur lieu de travail et de bénéficier d'une personne de confiance tout au long du parcours de retour au travail. Les plans de retour au travail ont été évalués régulièrement avec le membre du PSP pour s'assurer de l'adéquation du rythme, du travail et du soutien.

#### **Défis en matière de mesures d'adaptation**

Les représentants des employeurs ont affirmé que les membres du PSP valorisent leur identité professionnelle et en sont fiers. Pour de nombreux membres du PSP, leur emploi constitue une dimension importante de leur identité et de leur mode de vie. Ils ont expliqué que si les membres du PSP sont placés dans un poste où les fonctions clés de leur identité ne sont pas incluses, ils risquent de ne pas ressentir que leur travail « fait une différence ». Compte tenu de l'importance de leur identité professionnelle, le retour au travail avec des mesures d'adaptation peut alors être perçu « comme un déclassement » (employeur de pompiers, entretien 1).

La chose qui a probablement le plus d'incidence est l'autostigmatisation. Il y a cette perception de soi et cette sorte d'autodégradation, le PSP se dit qu'il n'est plus la personne qu'il était avant, et que les autres vont le penser aussi. Il pense que sa valeur pour le service est réduite, ainsi que sa crédibilité en tant que membre du service. Qu'il sera considéré comme incapable de faire ce qu'on attend de lui, qu'il a failli au service, failli au public. (employeur de la police, entretien 6)

De plus, les représentants des employeurs ont indiqué que la gravité des restrictions et des limitations du membre du PSP et la spécialisation de son travail peut rendre difficile l'attribution de tâches ayant du sens pour lui. Cela s'est révélé particulièrement vrai pour les petites organisations, dont les ressources et les offres d'emploi sont limitées, ainsi que pour les services correctionnels et paramédicaux où il y a moins de diversité de rôles disponibles qui n'impliquent pas d'exposition à des événements potentiellement traumatisants ou à leurs restrictions fonctionnelles. Un employeur du secteur paramédical a décrit les rôles limités disponibles au sein de son service :

Chaque base dispose d'un responsable de base, d'un assistant, et les seules autres personnes présentes dans cette base sont les employés de première ligne. Ce n'est pas comme si j'avais un livre qui me permettait de dire, d'accord, vous avez ces restrictions, vous pouvez faire telle ou telle tâche, parce que nous n'avons pas cette disponibilité. (entretien 14)

Les difficultés d'adaptation du PSP peuvent conduire de nombreuses personnes à être placées dans un rôle ou un service particuliers, ce qui peut être perçu comme une limitation de carrière. Pour certains, les mesures d'adaptation adéquates sont des rôles occupés par des officiers supérieurs, ce qui peut créer des frictions, comme l'a décrit un représentant des services correctionnels :

[Lorsqu'un agent de correction] ne peut pas travailler à son poste, on le retire de ce poste et cette personne prend le poste d'un agent supérieur. L'ancienneté est très, très importante. Votre ancienneté vous permet de choisir votre poste, et bien souvent, il s'agit d'un horaire préférentiel, ce genre de choses, et c'est ce que vous gagnez avec votre ancienneté. Cependant, un grand nombre de ces postes sont également de bons postes d'adaptation. C'est donc là que réside une partie de la frustration. (entretien 29)

Les défis liés aux mesures d'adaptation sont aggravés par la stigmatisation que les superviseurs peuvent avoir à l'égard de l'emploi adapté, ce qui peut rendre difficiles le retour au travail et la réintégration du PSP au sein de l'organisation. Les superviseurs qui stigmatisent les mesures

d'adaptation ont tendance à penser que le membre du PSP n'est pas apte à revenir, en s'appuyant sur la conception du « tout ou rien » mentionnée plus haut. Cette situation risque de limiter la participation des superviseurs aux mesures d'adaptation du PSP, car ils demeurent réticents à accepter un travailleur bénéficiant d'une mesure d'adaptation :

Je pense que, parfois même en interne, le défi consiste à obtenir l'adhésion des superviseurs à l'idée d'accueillir des membres au sein de leurs unités. Il y a beaucoup de stigmatisation à ce sujet, il faut briser ces barrières, se dire que même si cette personne a des restrictions, elle pourra faire telle ou telle tâche, ce qui aidera à alléger la charge de travail des autres membres. Il s'agit simplement de leur montrer une perspective différente. (employeur de la police, entretien 33)

Comme l'a indiqué ce participant, l'éducation des superviseurs à l'identification des mesures d'adaptation appropriées qui utilisent les compétences du PSP permet de lutter contre la stigmatisation envers les mesures d'adaptation. Les participants ont décrit d'autres modalités d'éducation pour les superviseurs, portant par exemple sur le devoir d'adaptation et la compréhension des restrictions et limitations cognitives. Un participant a poursuivi en expliquant que « [l]'ensemble de la formation est parfois utile pour que [les superviseurs] comprennent l'importance pour le membre et aussi pour le service en termes de responsabilités que nous avons de considérer le travail modifié » (entretien 33).

D'une manière générale, les participants ont souligné l'importance de faire preuve de créativité pour trouver des mesures d'adaptation qui tiennent compte à la fois des besoins de l'organisation et des compétences et des limites du PSP. Cette créativité a pris différentes formes, notamment la recherche de mesures d'adaptation correspondant aux passe-temps du membre du PSP, à sa formation antérieure ou à son expérience professionnelle, et le découpage des postes en tâches qui sont regroupées en tant que mesures d'adaptation. Pour de nombreux employeurs du secteur de la sécurité publique qui ont été intégrés de manière administrative dans leur municipalité, la créativité consistait à trouver

des postes dans différents services de la ville.

Nous avons différents aspects du travail modifié qui n'impliquent pas la pratique d'une activité paramédicale. [Les membres du PSP] sont plus efficaces lorsque nous sortons complètement du cadre des services paramédicaux. Et comme nous [faisons partie de la municipalité], nous avons [de nombreuses divisions]. Il s'avère qu'il est préférable de les retirer complètement des tâches paramédicales et de leur confier un rôle différent pendant leur rétablissement. (employeur paramédical, entretien 35)

Quelques participants ont mentionné l'avantage d'encadrer le travail au sein du processus de traitement pour encourager le retour au travail du PSP. Si quelques participants seulement l'ont explicitement mentionné, de nombreux membres ont entériné le principe « Mieux au travail »<sup>36</sup> et ont régulièrement déclaré que plus l'arrêt de travail est long, plus il est difficile pour une personne de revenir. Ce recadrage a mis l'accent sur l'exposition progressive du membre du PSP à l'emploi et sur le renforcement de sa confiance au retour.

Nous devons comprendre les moments où [les membres du PSP] sont capables de faire quelque chose et nous pouvons travailler avec eux pour rechercher s'il y a un poste temporaire disponible pour eux, simplement pour sonder le terrain dans le cadre de leur traitement. Nous devons comprendre quelles sont leurs capacités fonctionnelles, leurs limites, afin de pouvoir mettre en place des mesures pour eux et favoriser leur retour au travail. (employeur de pompiers, entretien 1)

## Analyse

Les membres du PSP qui travaillent dans les services de pompiers, de police, paramédicaux et correctionnels sont fortement exposés à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique dans le cadre de leur travail, ce qui peut conduire à des BSPT. La stigmatisation, c'est-à-dire la perception négative de certaines caractéristiques qui peut conduire à un traitement injuste de la personne, constitue un obstacle important à la recherche d'un traitement et au retour au

travail. Dans cet article, nous avons décrit le point de vue des représentants des employeurs du secteur de la sécurité publique sur l'influence de longue date de la stigmatisation et les défis actuels liés à l'obligation des employeurs de prendre des mesures d'adaptation pour les membres du PSP ayant souffert de BSPT.

D'une manière générale, les représentants des employeurs ont affirmé que la stigmatisation liée à la santé mentale est en diminution chez le PSP, la BSPT étant davantage acceptée comme accident du travail ordinaire. Cette évolution a été principalement attribuée à des changements sociétaux plus larges qui ont favorisé la reconnaissance de l'importance de la santé mentale, ainsi qu'à des réformes législatives qui ont défini les BSPT au sein du PSP comme accident du travail. À la suite de ces réformes législatives, les participants ont mentionné l'obligation pour les employeurs d'adapter les tâches du membre du PSP qui se remet d'une BSPT et ils ont parlé positivement des initiatives organisationnelles visant à renforcer les efforts de prévention des BSPT et à réduire l'influence de la stigmatisation liée à la santé mentale. Ce recadrage a encouragé les organisations de sécurité publique à innover dans la création et le renforcement d'initiatives et de mesures de soutien en matière de santé mentale, afin de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale et d'améliorer la prévention des BSPT.

Les participants ont également évoqué les difficultés liées au soutien en matière de santé mentale du PSP. Il a été largement admis que des empreintes de la stigmatisation de longue date sont encore présentes dans les organisations. De plus, les représentants ont évoqué les difficultés liées au manque de repères quant à la manière dont les organisations peuvent soutenir au mieux le rétablissement et l'adaptation du PSP souffrant de BSPT. Certaines organisations ont des options limitées en matière de mesures d'adaptation, et les représentants ont noté que les membres du PSP et les superviseurs peuvent avoir des préjugés à l'égard des emplois adaptés.

Les organisations participant à notre étude en étaient à différents stades dans le développement des connaissances, des prises de conscience et des valeurs communes en matière de santé mentale, ainsi que

dans la création d'une vision commune pour l'avenir de leur organisation qui accorderait la priorité à la santé mentale du PSP à la fois chez les pairs, les employés et les dirigeants. Le développement de connaissances, de valeurs et d'une vision communes a la capacité de réduire la stigmatisation au sein des membres du PSP, entre pairs et parmi les dirigeants<sup>30</sup>. Il s'agit de transformer l'approche fondamentale de l'organisation en matière de santé mentale. Une approche alternative consiste à créer un lieu de travail tenant compte des traumatismes, ce qui permet d'instaurer un climat de confiance et de réduire la stigmatisation<sup>37</sup>. Tenir compte des traumatismes signifie admettre que la plupart des gens ont vécu ou vivront une forme de traumatisme dans une ou plusieurs dimensions de leur vie, ce qui modifie la façon dont ils perçoivent le monde et interagissent avec lui. Cette approche tient compte des circonstances plus larges qui influencent le comportement d'une personne et cherche à comprendre ce qui lui est arrivé plutôt que « ce qui ne va pas » chez elle, tout en étant sensible au fait que les individus sont affectés différemment par les expositions traumatiques<sup>37,38</sup>. Les pratiques tenant compte des traumatismes visent à prévenir les situations traumatisantes, à renforcer la résilience face à l'adversité et à soutenir les personnes qui se rétablissent d'un traumatisme<sup>38</sup>. Les lieux de travail tenant compte des traumatismes valorisent et développent des pratiques intégrées à l'organisation qui renforcent la sécurité psychologique, la transparence, l'autonomisation et la collaboration et ils font preuve d'engagement en faveur d'un environnement inclusif et équitable. La sécurité psychologique est le sentiment de confort qu'éprouve un employé lorsqu'il exprime ses difficultés au travail (y compris ses problèmes de santé mentale), commet des erreurs et exprime son désaccord avec ses collègues ou ses supérieurs<sup>37</sup>. En règle générale, les employeurs ont la possibilité de reconnaître ouvertement la stigmatisation au sein de leur organisation et de collaborer activement avec le personnel par le biais de discussions et de rétroaction continues pour créer des initiatives propres à leur contexte organisationnel qui soutiennent la santé mentale et créent une culture de la sécurité<sup>23,39,40</sup>. Si les principes généraux de la prise en compte des traumatismes permettent de contribuer à atténuer la stigmatisation et à améliorer la santé mentale, ces pratiques doivent être adaptées à la

culture et au contexte de chaque organisation. Par exemple, les organisations peuvent construire une compréhension commune de la santé mentale en offrant une formation adaptée et continue sur la santé mentale adaptée au contexte des professions de sécurité publique à tous les niveaux de l'organisation<sup>41</sup>. Il est prouvé qu'une formation adaptée peut aider les membres du PSP à reconnaître chez eux les signes de BSPT<sup>42,43</sup> et à réduire la stigmatisation à l'égard des autres<sup>44</sup>. De plus, l'intégration d'une variété de soutiens à la santé mentale au sein de l'organisation (tels qu'un psychologue interne, un soutien par les pairs ou une liste de professionnels de la santé mentale dans la communauté qui connaissent bien la profession) peut contribuer à réduire la stigmatisation en améliorant l'accès aux soutiens, en reconnaissant le lien entre le travail et les BSPT et en permettant à chaque membre du PSP de choisir le soutien qui lui convient le mieux<sup>45</sup>. Cette approche est cohérente avec un grand nombre de pratiques et de soutiens cités par les participants. De plus, les organisations ont la capacité de réduire la stigmatisation et soutenir la santé mentale par le biais d'un soutien régulier de la part des superviseurs, sous forme de vérifications exemptes de jugement ainsi que de reconnaissance et d'éloges réguliers du travail du PSP<sup>38</sup>. De plus, les organisations peuvent créer un lieu de travail tenant compte des traumatismes en embauchant du personnel supplémentaire pour permettre un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, ce qui diminue la culpabilité et la peur de voir sa santé mentale et son intégrité remises en question en prenant des congés ou en ne faisant pas d'heures supplémentaires<sup>46</sup>. Il est important que les organisations soient conscientes que la création d'un milieu de travail tenant compte des traumatismes est un processus qui exige un engagement constant à adapter les pratiques afin de garantir l'autonomie et la sécurité des employés<sup>38</sup>.

Le suivi de l'efficacité des initiatives et la formalisation des initiatives réussies en matière de politiques garantissent que les valeurs et les conceptions de la santé mentale tenant compte des traumatismes sont ancrées dans la structure de l'organisation, ce qui va pouvoir influencer les pratiques et les politiques futures<sup>23,40</sup>. À l'échelle du secteur d'activité, des initiatives plus larges ciblant les ressources, les relations et la législation ont un rôle à jouer dans les efforts de déstigmatisation

à long terme<sup>24</sup>. Par exemple, Szymanski et Hall<sup>47</sup> ont souligné la valeur potentielle des mécanismes d'audit des plans de prévention du SSPT que les organisations de sécurité publique ont été tenues d'élaborer pendant la législation présomptive. Cet élément pourrait contribuer à lutter contre la stigmatisation au niveau de l'ensemble du secteur d'activité en obligeant les organisations à rendre compte des mesures de soutien en matière de santé mentale qu'elles mettent en place.

Les résultats de cette étude renforcent les observations de recherches antérieures documentant les caractéristiques spécifiques de la stigmatisation des troubles mentaux chez le PSP<sup>48</sup>. Cette littérature, basée sur des études réalisées dans différents secteurs de la sécurité publique (pompiers, police, personnel paramédical et services correctionnels), indique que les membres du PSP perçoivent leurs collègues et leurs organisations comme ayant des attitudes et des croyances négatives à l'égard de l'aptitude professionnelle du PSP souffrant de troubles mentaux liés aux BSPT, et que ces perceptions peuvent constituer un obstacle à la recherche de soins par les membres du PSP eux-mêmes. En complément de ces recherches antérieures, notre étude était axée sur les perspectives des représentants des employeurs ayant un rôle professionnel dans la fourniture de services de gestion du handicap au sein de leur organisation. Ce point de vue différent renforce les observations des recherches précédentes, tout en apportant de nouvelles perspectives sur les stratégies organisationnelles visant à atténuer ou à diminuer l'influence de la stigmatisation liée à la santé mentale. Les participants à cette étude ont également été en mesure de donner leur point de vue sur la mesure dans laquelle la stigmatisation liée à la santé mentale a évolué au fil du temps au sein de leur organisation. Le suivi de l'évolution des perceptions de la stigmatisation liée à la santé mentale au sein du PSP est une opportunité importante de recherche pour l'avenir.

### **Points forts et limites**

L'un des points forts de cette étude réside dans le fait que les participants provenaient de diverses professions de la sécurité publique, ce qui a permis d'avoir une perspective élargie de la stigmatisation dans ce domaine. De plus, la position spécifique des participants en tant que représentants de l'employeur qui supervisent

les demandes d'indemnisation et le bien-être du PSP au sein de l'organisation a permis d'obtenir des informations irremplaçables sur la stigmatisation liée à la santé mentale au sein du PSP et dans les pratiques organisationnelles. Ces rôles ont permis aux participants d'acquérir des connaissances sur les défis, les pratiques en cours et les aspirations de l'organisation en matière de soutien à la santé mentale.

Cette étude présente plusieurs limites. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les participants ont attribué certains changements en matière de stigmatisation liée à la santé mentale à la législation présomptive de l'Ontario, étant donné que cette dernière a légitimé légalement le SSPT professionnel et a rendu les organisations responsables de la prévention des BSPT. Or ce ne sont pas toutes les provinces et tous les territoires du Canada qui disposent d'une législation semblable, ce qui peut avoir une influence sur la stigmatisation liée à la santé mentale au sein des organisations de sécurité publique dans ces zones. Par conséquent, la transférabilité de nos conclusions risque d'être limitée. De plus, cette étude était axée sur la façon dont les représentants des employeurs conçoivent la stigmatisation au sein de leur organisation. Cette étude n'a pas exploré la stigmatisation liée à la santé mentale chez d'autres intervenants, tels que les membres du PSP, les superviseurs et la WSIB. Comprendre les modalités de la stigmatisation chez ces intervenants offrirait une image plus complète de la manière dont la stigmatisation est activement maintenue et combattue et dont elle se transmet entre intervenants. Enfin, les données de cette étude sont issues d'une recherche principalement axée sur le point de vue des employeurs concernant le processus de retour au travail pour les membres du PSP souffrant de BSPT. Les futures pistes de recherche pourraient également explorer quelles sont les relations des représentants des employeurs avec la stigmatisation liée à la santé mentale, en leur demandant notamment comment ils comprennent leur rôle dans la lutte contre la stigmatisation et comment ils tentent de contrer cette stigmatisation en eux-mêmes. Il pourrait également être utile d'explorer les réflexions des représentants des employeurs sur l'influence des différentes politiques, pratiques et procédures sur la stigmatisation liée à la santé mentale sur leur lieu de travail.

## Conclusion

En général, les représentants des employeurs du secteur de la sécurité publique en Ontario ont affirmé que la stigmatisation liée à la santé mentale était en diminution dans leur organisation en raison de l'évolution de la conception des BSPT comme accident du travail ordinaire. Ce changement est en partie dû à la législation présomptive et à des changements sociétaux plus larges. Toutefois, les défis organisationnels peuvent constituer des obstacles à la poursuite de la réduction de la stigmatisation. Les organisations en sont à différents stades de l'adaptation de leurs pratiques et de leurs politiques afin de réduire davantage la stigmatisation et de soutenir le PSP. Notre étude offre des perspectives uniques sur les stratégies organisationnelles visant à réduire l'influence de la stigmatisation liée à la santé mentale.

## Remerciements

Ce projet a été financé par une subvention de la WSIB (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail) de l'Ontario. L'octroi d'une subvention par la WSIB ne signifie en aucun cas que la WSIB approuve le contenu de cet article.

## Conflits d'intérêts

Aucun.

## Contributions des auteurs et avis

LV : préparation des données, analyse formelle, enquête, méthodologie, administration du projet, ressources, validation, présentation visuelle, rédaction – première version du manuscrit.

CM : conception, acquisition de financements, méthodologie, supervision, rédaction – relectures et corrections.

BY : conception, préparation des données, analyse formelle, acquisition de financements, méthodologie, administration du projet, supervision, validation, rédaction – relectures et corrections.

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

## Références

1. Andrews KL, Jamshidi L, Nisbet J, Brunet A, Afifi TO, Asmundson GJG, et al. Potentially psychologically traumatic event exposure histories of new Royal Canadian Mounted Police cadets. *Can J Psychiatry*. 2023;68(9):663-681. <https://doi.org/10.1177/07067437221149467>
2. Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, Turner S, Krakauer R, Anderson GS, et al. Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. *Can J Behav Sci*. 2019;51(1):37-52. <https://doi.org/10.1037/cbs0000115>
3. Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, Turner S, Mason JE, Ricciardelli R, et al. Assessing the relative impact of diverse stressors among public safety personnel. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1234. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041234>
4. Konyk K, Ricciardelli R, Taillieu T, Afifi TO, Groll D, Carleton RN. Assessing relative stressors and mental disorders among Canadian provincial correctional workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10018. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910018>
5. Heber A, Testa V, Groll D, Ritchie K, Tam-Seto L, Mulligan A, et al. Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023; 43(10/11):S1-45. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.09f>
6. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Duranceau S, LeBouthillier DM, et al. Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *Can J Psychiatry*. 2018;63(1):54-64. <https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
7. Sommer JL, El-Gabalawy R, Taillieu T, Afifi TO, Carleton RN. Associations between trauma exposure and physical conditions among public safety personnel. *Can J Psychiatry*. 2020; 65(8):548-558. <https://doi.org/10.1177/0706743720919278>

8. Agence de la santé publique du Canada. À propos des traumatismes et du trouble de stress post-traumatique (TSPT) [Internet]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2025 [modification le 21 mars 2025; consultation le 5 juillet 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-mentale-et-bien-etre/etat-stress-post-traumatique/a-propos-tspt.html>
9. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1998; 54(9):765-776.
10. Pescosolido BA, Martin JK. The stigma complex. *Annu Rev Sociol*. 2015;41: 87-116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>
11. Ricciardelli R, Carleton RN, Mooney T, Cramm H. "Playing the system": structural factors potentiating mental health stigma, challenging awareness, and creating barriers to care for Canadian public safety personnel. *Health*. 2018;24(3):259-278. <https://doi.org/10.1177/1363459318800167>
12. Ricciardelli R, Andres E, Kaur N, Czarnuch S, Carleton RN. Fit for public safety: informing attitudes and practices tied to the hiring of public safety personnel. *Journal of Workplace Behavioral Health*. 2019;35(1):14-36. <https://doi.org/10.1080/15555240.2019.1664306>
13. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam M. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2017; 94:218-229.
14. Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. *J Eval Clin Pract*. 2022;28(5):854-860. <https://doi.org/10.1111/jep.13744>
15. Crowe A, Glass JS, Lancaster MF, Raines J, Waggy M. Mental illness stigma among first responders and the general population. *J Mil Gov Couns*. 2015;3(3):132-228.
16. Drew JM, Martin S. A national study of police mental health in the USA : stigma, mental health and help-seeking behaviors. *J Police Crim Psychol*. 2021;36(2):295-306. <https://doi.org/10.1007/s11896-020-09424-9>
17. Stuart H. Mental illness stigma expressed by police to police. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2017;54(1):18-23.
18. Edwards AM, Kotera Y. Mental health in the UK police force: a qualitative investigation into the stigma with mental illness. *Int J Ment Health Addict*. 2020;19(4):1116-1134. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00214-x>
19. Pasciak AR, Kelley TM. Conformity to traditional gender norms by male police officers exposed to trauma: implications for critical incident stress debriefing. *Appl Psychol Crim Justice*. 2013;9(2):137-156.
20. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Vaughan AD, Anderson GS, et al. Mental health training, attitudes, towards support and screening positive for mental disorders. *Cogn Behav Ther*. 2020;49(1):55-73. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1575900>
21. Horan KA, Marks M, Ruiz J, Bowers C, Cunningham A. Here for my peer: the future of first responder mental health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11097. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111097>
22. Testa V, Bennett A, Jutai J, Cantor Z, Burke P, McMahan J, et al. Recherche qualitative originale – Application du cadre Theoretical Domains Framework pour cerner les préférences des policiers, des pompiers et des ambulanciers en matière d'accès aux soins de santé mentale dans une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel pour les premiers répondants : une étude qualitative. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023; 43(10/11):481-502. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.02f>
23. Brend DM, Herttalampi M, Sprang G. Correctional officer experiences of moral distress, trauma-informed organizational practices, and structural stigma. *Traumatology*. 2025;31(4): 634-644. <https://doi.org/10.1037/trm0000579>
24. Voldby KG, Hellström LC, Berg ME, Eplov LF. Structural discrimination against people with mental illness: a scoping review. *SSM - Mental Health*. 2022;2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100117>
25. Ricciardelli R, Czarnuch S, Carleton RN, Gacek J, Shewmake J. Canadian public safety personnel and occupational stressors: how PSP interpret stressors on duty. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4736. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134736>
26. Noël C, Scharf D, Hawkins J, Lund J, Kozik J, Koné AP. Expériences, besoins en services et répercussions des processus de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) chez les travailleurs blessés et malades : données probantes de la ville et du district de Thunder Bay (Ontario, Canada). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022;42(7):307-324. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.7.02f>
27. Sears JM, Schulman BA, Fulton-Kehoeb D, Hogg-Johnson S. Workplace organizational and psychosocial factors associated with return-to-work interruption and re-injury among workers with permanent impairment. *Ann Work Expo Health*. 2021;65(5):566-580. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa133>
28. Maran DA, Magnavita N, Garbarino S. Identifying organizational stressors that could be a source of discomfort in police officers: a thematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(6):3720. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063720>
29. Norman M, Ricciardelli R. Operational and organisational stressors in community correctional work: insights from probation and parole officers in Ontario, Canada. *The Journal of Community and Criminal Justice*. 2022;69(1):86-106. <https://doi.org/10.1177/0264550520984253>
30. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap*. 2016; 24(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>

31. Morgan H. Understanding thematic analysis and the debates involving its use. *The Qualitative Report*. 2022; 27(10):2079-91. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5912>
32. Guest G, Namey E, Chen M. A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS One*. 2020;15(5):e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
33. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *Int J Transgend Health*. 2022;24(1):1-6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
34. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol*. 2020;18(3):328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
35. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
36. WSIB Ontario. Mieux au travail [Internet]. London (ON) : WSIB Ontario; 2026 [consultation le 19 janvier 2026]. En ligne à : <https://www.wsib.ca/fr/mieux-au-travail>
37. Choitz V, Wagner S. A trauma-informed approach to workforce: an introductory guide for employers and workforce development organizations. Washington (DC): National Fund for Workforce Solutions; 2021. En ligne à : <https://nationalfund.org/wp-content/uploads/2021/04/A-Trauma-Informed-Approach-to-Workforce.pdf>
38. Marris W. Trauma-informed workplaces: concepts, strategies, and tactics to build workplaces that support well-being. Washington (DC): Campaign for Trauma Informed Policy & Practice; 2023 [consultation le 18 novembre 2024]. En ligne à : <https://www.ctipp.org/post/toolkit-trauma-informed-workplaces>
39. Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Smye V, Jackson BE, et al. Disruption as opportunity: impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):154. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>
40. Sukhera J, Knaak S. A realist review of interventions to dismantle mental health and substance use related structural stigma in health care settings. *SSM - Mental Health*. 2022;2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100170>
41. Lentz L, Smith-MacDonald L, Malloy DC, Anderson GS, Beshai S, Ricciardelli R, et al. A qualitative analysis of the mental health training and educational needs of firefighters, paramedics, and public safety communicators in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):6972. <https://doi.org/10.3390/ijerph19126972>
42. Krakauer RL, Stelnicki AM, Carleton RN. Examining mental health knowledge, stigma, and service use intentions among public safety personnel. *Front Psychol*. 2020;11:949. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00949>
43. Hanisch SE, Twomey CD, Szeto AC, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16:1. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0706-4>
44. Marks MR, Bowers C, Beidel DC, Ortman J, Newins AR. Improving mental health knowledge and reducing mental health stigma among public safety personnel: comparison of live vs. online psychoeducation training programs. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(10):1358. <https://doi.org/10.3390/ijerph21101358>
45. Johnston MS, Ricciardelli R, McKendy L. Improving the mental health of correctional workers: perspectives from the field. *Crim Justice Behav*. 2022; 49(7):951-970. <https://doi.org/10.1177/00938548221081468>
46. Du BB, Yung M, Gruber J, Yazdani A. Organizational strategies to address post-traumatic stress injuries among Canadian paramedics. *WORK: A journal of prevention, assessment & rehabilitation*. 2022;72(3):1035-1045. <https://doi.org/10.3233/WOR-210614>
47. Szymanski T, Hall A. Post-traumatic stress disorder and the limits of presumptive legislation. Dans : Ricciardelli R, Bornstein S, Hall A, Carleton RN, dir. *Handbook of post-traumatic stress: psychosocial, cultural, and biological perspectives*. Routledge; 2022. p. 109-130.
48. Howatt B, Lee-Braggley D, Pizzo RE. An introduction to trauma-informed workplaces: considerations for employers committed to creating psychologically safe workplaces. 2022. En ligne à : <https://www.smu.ca/webfiles/An-introduction-to-trauma-informed-workplaces-Guidance-for-leaders-and-employees-on-what-to-stop-and-what-to-master-revised.pdf>

# Recherche quantitative originale

## Associations longitudinales entre les changements en matière de situation d'emploi et les symptômes dépressifs au début de la pandémie de COVID-19 : données probantes de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV)

Brianna Frangione, B. Sc. (1,2,3); Ying Jiang, M.D. (2); Margaret de Groh, Ph. D. (2); Esme Fuller-Thomson, Ph. D. (4,5); Ian Colman, Ph. D. (3); Paul J. Villeneuve, Ph. D. (1,6)

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

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



### Résumé

**Introduction.** La pandémie de COVID-19 a eu des effets néfastes sans précédent et répartis de façon inéquitable sur la santé, effets qui ont varié en fonction des conditions socioéconomiques. Nous avons étudié les différences entre les cas de dépression chez les personnes de 50 ans et plus en fonction de divers facteurs liés à l'emploi au cours des premières phases de la pandémie.

**Méthodologie.** Nous avons sélectionné 16 719 participants à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) ayant fourni des données lors du 1<sup>er</sup> suivi (2015-2018) et à deux reprises pendant la pandémie (printemps et automne 2020). Nous avons utilisé l'échelle de dépression du Center for Epidemiologic Studies (CESD-10) pour identifier les personnes souffrant de dépression (score CESD-10  $\geq$  10). Une régression logistique, ajustée en fonction des facteurs de confusion possibles, a permis d'estimer la probabilité d'apparition d'une dépression à l'automne 2020.

**Résultats.** Nous avons constaté que les scores de dépression se sont aggravés entre la période prépandémique (1<sup>er</sup> suivi) et l'automne 2020, cette tendance étant manifeste pour toutes les caractéristiques en lien avec l'emploi. Les personnes qui étaient nouvellement sans emploi au printemps 2020 couraient deux fois plus de risques de souffrir de dépression à l'automne 2020 (rapport de cotes [RC] = 2,22; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,51 à 3,28) que celles qui étaient restées à la retraite. Un risque plus élevé de dépression a également été observé chez les personnes ayant connu des interruptions d'emploi au printemps 2020 par rapport à celles qui n'en ont pas connu (RC = 1,65; IC à 95 % : 1,28 à 2,12), et les personnes travaillant principalement dans des environnements autres que le domicile à l'automne 2020 avaient 21 % moins de risques de souffrir de dépression (RC = 0,79; IC à 95 % : 0,63 à 0,98) que celles qui travaillaient à distance.

**Conclusion.** Nos conclusions laissent penser que la situation vis-à-vis de l'emploi a été un indicateur prévisionnel important de la dépression chez les Canadiens au cours des premières phases de la pandémie.

**Mots-clés :** étude de cohorte, situation vis-à-vis de l'emploi, dépression, aînés, COVID-19

### Points saillants

- Les perturbations d'emploi et le chômage pendant la pandémie ont augmenté de manière considérable les risques de développer une dépression, soulignant la nécessité d'un soutien ciblé en matière de santé mentale pour les groupes touchés.
- Les nouveaux chômeurs avaient 122 % plus de chances de développer une dépression que les retraités.
- Les travailleurs à distance ont connu des augmentations plus importantes de dépression que ceux qui travaillaient dans des environnements autres que le domicile.
- Au cours des premières phases de la pandémie, les femmes ont connu des augmentations plus importantes des scores de dépression que les hommes.
- Les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques, les plus jeunes et les personnes disposant d'un revenu plus faible présentaient des scores de dépression plus élevés.

### Rattachement des auteurs :

1. Département des neurosciences, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada
2. Division de la recherche appliquée, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
4. Faculté de travail social Factor-Inwentash, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
5. Institute for Life Course and Aging, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. Centre de recherches CHAIM, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada

**Correspondance :** Paul Villeneuve, Département des neurosciences, Université Carleton, 1125 Colonel By Drive, Édifice des sciences de la santé, bureau 6307, Ottawa (Ont.) K1S 5B6; tél. : 613-520-2600, poste 3359; courriel : [Paul.Villeneuve@carleton.ca](mailto:Paul.Villeneuve@carleton.ca)

## Introduction

La situation vis-à-vis de l'emploi est un déterminant social de la santé important et souvent négligé, qui a de nombreuses répercussions sur la santé<sup>1</sup>. Pour beaucoup, l'emploi est une composante essentielle de l'identité sociale et fournit la structure et les possibilités d'interactions sociales<sup>2,3</sup>. Il s'ensuit également que le chômage peut avoir des répercussions négatives sur le bien-être mental<sup>2</sup>, les personnes sans emploi faisant état d'un bien-être plus faible que celles ayant un emploi<sup>4</sup>.

Pendant la pandémie de COVID-19, les mesures de santé publique telles que les confinements stricts, la distanciation physique et l'isolement ont entraîné une augmentation substantielle des maladies mentales<sup>5</sup>. De plus, les fermetures d'entreprises et la réduction des heures de travail ont augmenté le chômage au Canada et dans d'autres pays,<sup>6</sup> contribuant au stress personnel et exacerbant les problèmes de santé mentale<sup>7</sup>. Au Canada, les facteurs socioéconomiques, en particulier des revenus plus faibles et des heures de travail instables, ont constitué les principaux facteurs d'anxiété pendant la pandémie<sup>8</sup>. Les données probantes de l'incidence sur la santé mentale des différentes conditions de travail sont mitigées. Dans une étude transversale canadienne, Bodner et ses collaborateurs<sup>9</sup> ont constaté que les personnes qui travaillaient exclusivement à domicile ou en personne faisaient état d'une moins bonne santé mentale autoévaluée que celles qui travaillaient de manière hybride. Toutefois, seuls 13 % des membres de leur cohorte étaient âgés de 50 ans ou plus. Par ailleurs, Beland et ses collaborateurs<sup>6</sup> ont noté que les détériorations de la santé mentale chez les travailleurs canadiens étaient moins graves pour les travailleurs essentiels, les hommes et ceux qui pouvaient travailler à distance. De plus, plusieurs études ont rapporté que les effets de la COVID-19 sur la santé mentale étaient plus importants chez les femmes que chez les hommes<sup>10-13</sup>. Cependant, une étude coréenne a évalué la prévalence de la dépression avant et pendant la pandémie et a rapporté une augmentation chez les hommes par rapport aux femmes, ces dernières n'ayant pas montré de différences dans les symptômes dépressifs entre les différents points de mesure dans le temps<sup>14</sup>.

À l'étranger, de nombreuses études ont évalué les effets de la pandémie sur la

santé mentale en fonction de la situation vis-à-vis de l'emploi<sup>15-23</sup>. Plusieurs études ont fait état de taux d'épuisement plus élevés chez les travailleurs essentiels<sup>15,16</sup>, en particulier les professionnels de la santé<sup>17-19</sup>. Il semble également y avoir d'importantes différences entre les genres dans ces effets<sup>20</sup>, les femmes connaissant des niveaux plus élevés que les hommes<sup>21</sup>. La plupart de ces études ont ciblé des professions particulières et se sont appuyées sur des modèles d'études transversales, qui sont moins fiables que les modèles longitudinaux. Contrairement à Bodner et ses collaborateurs<sup>9</sup>, une étude de cohorte finlandaise<sup>22</sup> a démontré que les personnes qui travaillaient à domicile avaient une meilleure perception de l'environnement psychosocial de travail que celles qui se trouvaient sur leur lieu de travail. De plus, Wester et ses collaborateurs<sup>23</sup> ont constaté une diminution de la tristesse et de la dépression chez les participants employés et retraités d'une cohorte d'environ 36 000 Européens par rapport aux niveaux pré-pandémiques<sup>23</sup>.

Au Canada, peu d'études ont utilisé des données longitudinales pour explorer les effets de la situation vis-à-vis de l'emploi sur la dépression au cours des premières phases de la pandémie. Pour combler cette lacune, nous avons analysé les données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV), une vaste enquête sur la santé menée avant la première phase de la pandémie et à deux reprises durant celle-ci. Cette enquête offre une occasion unique d'évaluer les effets de la situation vis-à-vis de l'emploi sur la dépression chez les personnes de 50 ans et plus. Notre objectif principal était d'analyser l'apparition de symptômes dépressifs au cours de cette période en fonction des conditions liées à l'emploi. De plus, nous avons cherché à savoir si ces associations variaient entre les hommes et les femmes.

## Méthodologie

### Population de l'étude

L'ÉLCV comprend un échantillon de 51 338 personnes recrutées dans les provinces canadiennes entre 2011 et 2015. Au moment de l'inscription, ces hommes et ces femmes avaient entre 45 et 85 ans, étaient capables de remplir les questionnaires en anglais ou en français et étaient physiquement et cognitivement capables de donner leur consentement et de participer

de manière indépendante. L'ÉLCV est composée de deux cohortes : la cohorte globale et la cohorte de suivi. Les participants à la cohorte globale ont participé à des entretiens à domicile et à des visites dans l'un des 11 sites de collecte de données pour des examens physiques et cognitifs et des analyses de sang et d'urine facultatives. Les participants à la cohorte de suivi ont reçu les questionnaires par le biais d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur. Les cohortes globale et de suivi ont été combinées dans cette étude. Des descriptions détaillées du modèle de l'ÉLCV sont disponibles ailleurs<sup>24</sup>.

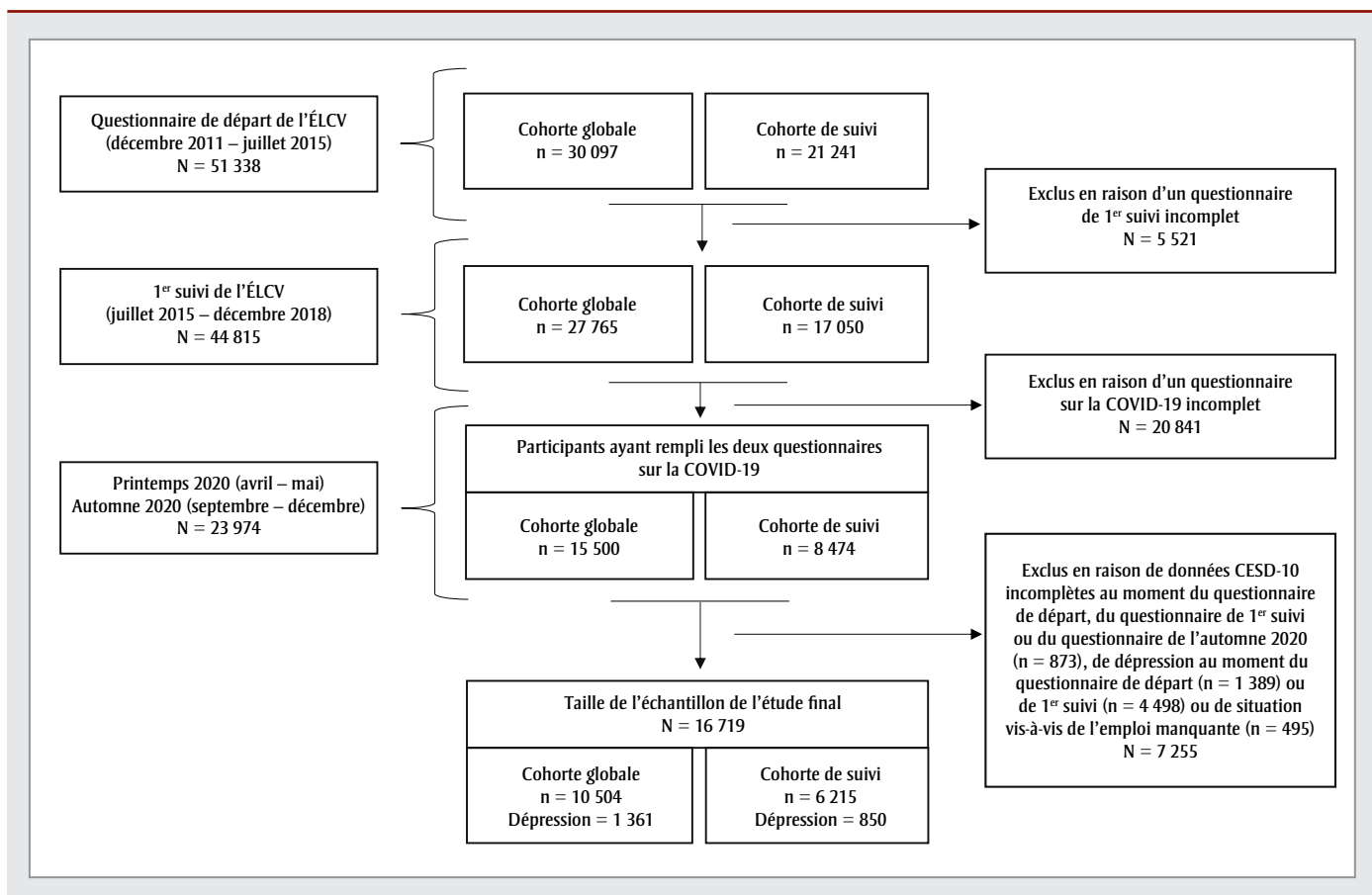
Dans cette étude, nous avons utilisé les données de l'ÉLCV provenant de quatre vagues de questionnaires : la vague de départ (2011 à 2015), la première vague de suivi (2015 à 2018) (« 1<sup>er</sup> suivi » dans la suite du texte), la vague de référence sur la COVID-19 (« printemps 2020 » dans la suite du texte) et la vague de sortie de COVID-19 (« automne 2020 » dans la suite du texte). Les questionnaires de départ et de 1<sup>er</sup> suivi ont permis de recueillir des données sur les facteurs sociodémographiques, la santé physique et mentale et le comportement. Les questionnaires sur la COVID-19 ont été lancés pour étudier les effets de la pandémie sur la santé. Tous les participants à l'ÉLCV ont été invités à prendre part à l'étude sur la COVID-19 du printemps 2020, et 42 700 parmi eux étaient en vie et n'avaient pas besoin d'un mandataire pour remplir le questionnaire; 28 559 personnes (67,2 %) ont accepté de participer. Le taux de réponse au questionnaire de l'automne 2020 a été de 84,4 %.

### Échantillon de l'étude

Le diagramme indiquant le nombre de participants dans le fichier d'analyse est présenté à la figure 1. L'échantillon initial comprenait 23 974 participants ayant rempli les questionnaires du printemps 2020 et de l'automne 2020. L'échelle de dépression courte du Center for Epidemiological Studies (CESD-10)<sup>25</sup>, une mesure d'autoévaluation validée, a été incluse à chaque vague d'enquête. Un total de 7 255 participants ont été exclus en raison de scores CESD-10 incomplets (n = 873) au questionnaire de départ, de 1<sup>er</sup> suivi ou d'automne 2020 ou de scores de dépression supérieurs ou égaux à 10 au questionnaire de départ (n = 1 389) ou de 1<sup>er</sup> suivi (n = 4 498). Le nombre final de participants a été de 16 719.

FIGURE 1

Organigramme indiquant le nombre de participants à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement ayant constitué le fichier d'analyse



**Abréviation :** ÉLCV, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.

**Remarque :** Les personnes ont été considérées comme souffrant de dépression lorsque leur score CESD-10 était supérieur ou égal à 10.

### Mesure de la situation vis-à-vis de l'emploi

L'instrument d'enquête de l'ÉLCV intègre plusieurs questions permettant aux répondants de décrire leur situation vis-à-vis de l'emploi. Les points de mesure dans le temps des évaluations des variables sont fournis dans le tableau 1. Dans cette étude, le terme « en emploi » se réfère exclusivement à l'emploi rémunéré, défini par la participation à un travail en cours et par un horaire de travail autodéclarés. Le travail non rémunéré, tel que les soins ou les activités de bénévolat, n'a pas été pris en compte dans nos variables de situation vis-à-vis de l'emploi. Les définitions de la situation vis-à-vis de l'emploi combinent le statut en matière de retraite autodéclaré, la participation à un travail, l'horaire de travail et les circonstances du lieu de travail, afin de créer des variables d'emploi catégorielles utilisées dans les différentes vagues d'enquête.

Le statut en matière de retraite a été enregistré lors du questionnaire de 1<sup>er</sup> suivi, où

les participants ont été classés comme retraités à part entière, non retraités, partiellement retraités ou n'ayant jamais travaillé. Les personnes qui n'étaient pas retraitées ou partiellement retraitées ont ensuite été classées en fonction de leur type de participation au marché du travail. Les personnes qui travaillaient ont été classées comme travaillant à temps plein ou à temps partiel en fonction de leur horaire de travail. Les répondants qui ont indiqué ne pas travailler ont été classés soit comme chômeurs s'ils ont déclaré au chômage comme raison pour ne pas travailler, soit comme « autre raison », ce qui inclut des raisons telles que le handicap et la prise en charge d'un membre de la famille.

Au printemps 2020, la situation vis-à-vis de l'emploi a été déterminée en combinant la situation lors du 1<sup>er</sup> suivi et les questions sur le lieu de travail. Les participants travaillant dans des environnements autres que le domicile ont été classés

comme travaillant sur le lieu de travail, étant passés au télétravail ou ayant vu leur lieu de travail fermé, en fonction de leurs réponses aux questions relatives à la mise en œuvre de la distanciation physique sur le lieu de travail. Les personnes demeurant à domicile ont été classées comme retraitées, travaillant à distance, au chômage, sans emploi ou n'ayant jamais travaillé, en fonction de leur situation au 1<sup>er</sup> suivi. La classification de l'automne 2020 a suivi un processus similaire. Les départs à la retraite ont été reportés, le cas échéant, alors que les travailleurs actifs ont été définis conjointement par l'horaire de travail et le lieu de travail. Les catégories comprenaient le travail à temps plein ou à temps partiel, et ce, à distance, sur le lieu de travail ou « autre ». Ce dernier groupe correspond sans doute à des personnes ayant des conditions de travail hybride, bien que les données disponibles ne permettent pas de le déterminer avec certitude. Les répondants qui ont déclaré être au chômage ou à la retraite ont été classés en conséquence.

**TABEAU 1**  
Points de mesure dans le temps des différentes variables, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, 2020, Canada

	Questionnaire de départ	1 <sup>er</sup> suivi	Printemps 2020	Automne 2020
Sexe	✓			
Âge (années)			✓	
État matrimonial		✓		
Revenu du ménage		✓		
Niveau d'études le plus élevé		✓		
Situation en matière d'hypothèque		✓		
Tabagisme au printemps 2020			✓	
Consommation d'alcool depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020				✓
Présence de maladies chroniques		✓		
Situation vis-à-vis de l'emploi au moment du 1 <sup>er</sup> suivi		✓		
Situation vis-à-vis de l'emploi à l'automne 2020				✓
Lieu de travail principal				✓
Statut de travailleur essentiel			✓	
Emploi perturbé au cours des 30 derniers jours			✓	
Enquête sur la dépression (CESD-10)	✓	✓		✓

**Abbréviation :** CESD-10, échelle de dépression courte du Center for Epidemiological Studies.

Pour saisir les changements survenus dans l'emploi au cours de la pandémie, nous avons dérivé des variables de transition dans l'emploi indiquant des changements entre les vagues d'enquête (du printemps 2020 à l'automne 2020 et du 1<sup>er</sup> suivi à l'automne 2020). Les transitions ont été constituées uniquement pour les participants dont la situation vis-à-vis de l'emploi était indiquée à chaque vague d'enquête. Les transitions entre les vagues d'enquête ont été classées en trajectoires stables, changements de direction, perturbations liées à la pandémie et changements d'intensité. Les trajectoires stables correspondent aux personnes qui sont restées dans la même catégorie d'une vague à l'autre, que ce soient celles qui sont restées à la retraite, celles qui sont restées sur leur lieu de travail ou celles qui ont continué à travailler à distance. Les changements de direction reflètent l'entrée ou la sortie de la population active, ce qui inclut les personnes nouvellement à la retraite (passées de l'emploi à la retraite), nouvellement en emploi (ayant un emploi après avoir été au chômage ou sans travail) ou nouvellement au chômage (passées de l'emploi au chômage). Les perturbations liées à la pandémie correspondent aux fermetures temporaires de lieux de travail et aux changements dans les conditions de travail. Les fermetures de lieux de travail correspondent aux personnes qui étaient employées lors d'une vague d'enquête mais qui ne travaillaient pas en raison de fermetures de lieux de travail lors de la

vague d'enquête suivante. Les personnes qui sont retournées sur le lieu de travail après la fermeture sont celles qui ont repris le travail sur place après la fermeture de leur lieu de travail. Les autres catégories rassemblent les personnes qui sont passées au travail à distance et celles qui sont retournées sur leur lieu de travail après avoir travaillé à distance. Les changements dans l'intensité du travail ont permis d'établir des changements dans les heures de travail, quel que soit le lieu : augmentation des heures (du temps partiel au temps plein) ou réduction des heures (du temps plein au temps partiel). Enfin, la catégorie « autre » englobe les catégories qui ne correspondent pas aux définitions prédéfinies ou celles dont les échantillons sont de petite taille, comme les personnes qui sont restées au chômage ou qui sont revenues de la retraite.

Outre les variables de transition, le statut de travailleur essentiel a été évalué au printemps 2020 à l'aide de la question suivante : « Êtes-vous considéré comme un travailleur essentiel? ». La question de savoir si l'emploi d'une personne a été perturbé au cours des 30 derniers jours a été évaluée au printemps 2020. De plus, à l'automne 2020, on a demandé aux participants d'indiquer si leur lieu d'emploi principal n'était pas le domicile.

### Mesure de la dépression

Les enquêtes de l'ÉLCV utilisent l'instrument CESD-10<sup>25</sup>, qui est un outil validé

d'autoévaluation des symptômes dépressifs. Le CESD-10 comprend 10 questions qui permettent d'identifier les sentiments liés à la dépression, à la solitude et au bonheur. Les réponses ont été additionnées pour obtenir un score final compris entre 0 et 30. Des recherches antérieures indiquent qu'un score supérieur ou égal à 10 a une sensibilité et une spécificité suffisantes pour indiquer la dépression<sup>25,26</sup>. Par conséquent, les scores CESD-10 ont été classés de manière dichotomique, les participants ayant un score cumulé de 10 ou plus ayant été considérés comme souffrant de dépression. Il est important de noter que le CESD-10 ne fournit pas de diagnostic clinique définitif de la dépression : il identifie plutôt les individus présentant une symptomatologie dépressive élevée. Au Canada, seuls des professionnels de la santé qualifiés (médecins, psychiatres ou psychologues) peuvent diagnostiquer une dépression. La prévalence de la dépression au cours de la vie a été mesurée lors du questionnaire de 1<sup>er</sup> suivi à l'aide de la question suivante : « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une dépression clinique? ». Cette question n'a été posée qu'aux participants de la cohorte globale.

### Covariables

Les facteurs sociodémographiques étaient le sexe au moment du questionnaire de départ, l'âge au printemps 2020 et l'état matrimonial au moment du 1<sup>er</sup> suivi. Les

facteurs socioéconomiques étaient le revenu du ménage, le niveau d'études le plus élevé atteint et la situation en matière d'hypothèque évalués lors du questionnaire de 1<sup>er</sup> suivi. Le tabagisme et la consommation d'alcool ont été évalués respectivement au printemps 2020 et à l'automne 2020. La présence de maladies chroniques a été évaluée lors du 1<sup>er</sup> suivi. Bien que des données sur l'activité physique aient été collectées dans le cadre de l'ÉLCV, ces mesures n'étaient disponibles qu'au moment du questionnaire de 1<sup>er</sup> suivi et non lors des questionnaires du printemps 2020 et de l'automne 2020. Comme les données du 1<sup>er</sup> suivi ont été collectées plusieurs années avant la pandémie et qu'elles sont basées sur l'échelle d'activité physique chez les aînés, qui mesure l'activité hebdomadaire typique, nous n'avons pas considéré ces données comme une covariable fiable pour les analyses liées à la pandémie. De plus, on sait que les schémas d'activité physique ont changé de manière substantielle au cours de la pandémie<sup>27</sup>. Les mesures prises avant la pandémie ne reflètent donc probablement pas de manière précise l'activité au cours de la période d'étude.

### Méthodes statistiques

Les scores moyens CESD-10 ont été enregistrés en lien avec toutes les covariables et les indicateurs liés à l'emploi au niveau de départ, au 1<sup>er</sup> suivi et à l'automne 2020. De plus, la différence moyenne a été enregistrée en utilisant les données individuelles appariées, représentant le changement moyen des scores CESD-10 du départ au 1<sup>er</sup> suivi et du 1<sup>er</sup> suivi à l'automne 2020. Un test de rapport de vraisemblance a été effectué pour vérifier l'interaction avec le sexe, qui n'était pas statistiquement significative. Cependant, nous avons répété les analyses en les répartissant par sexe afin de pouvoir présenter les conclusions séparément pour les hommes et les femmes.

Nous avons utilisé une régression logistique inconditionnelle pour calculer les rapports de cotes (RC) avec intervalles de confiance (IC) à 95 % afin d'estimer la probabilité d'une dépression incidente (score CESD-10  $\geq$  10) à l'automne 2020 pour chaque indicateur de situation vis-à-vis de l'emploi. Nous avons utilisé une approche par cas complet pour les modèles de régression logistique et nous avons inclus dans le modèle un seul indicateur lié à l'emploi à la fois. Seules les personnes ne souffrant pas de dépression

(score CESD-10 < 10) au questionnaire de départ ou de 1<sup>er</sup> suivi ont été retenues pour les analyses de la dépression incidente à l'automne 2020. Le modèle final a été ajusté en fonction de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du revenu du ménage, du niveau d'études le plus élevé, de la situation en matière d'hypothèque, des maladies chroniques, du tabagisme et de la fréquence de consommation d'alcool. De plus, les personnes qui souffraient de dépression au moment du questionnaire de départ ou du questionnaire de 1<sup>er</sup> suivi mais pas à l'automne 2020 ont été retenues pour déterminer si la situation vis-à-vis de l'emploi était associée à la rémission. L'analyse de la rémission a été ajustée pour les mêmes covariables que celles énumérées ci-dessus. Nous avons établi la signification statistique à une valeur  $p$  de  $\leq 0,05$ . Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS 9.4<sup>28</sup>.

Nous avons utilisé les lignes directrices de cohorte STROBE pour la rédaction de cet article<sup>29</sup>.

### Approbation éthique et consentement à la participation

L'analyse secondaire de cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Toronto (protocole n° 41167).

### Résultats

Notre échantillon d'étude de 16 719 participants à l'ÉLCV âgés de 50 ans et plus comportait des proportions à peu près égales d'hommes (50,4 %) et de femmes (49,6 %) (tableau 2). Les femmes, en moyenne, avaient des scores plus élevés à l'échelle CESD-10 à tous les points de mesure dans le temps ainsi que des augmentations moyennes plus importantes de scores de dépression entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020 par rapport aux hommes. Cette tendance s'est maintenue pour presque toutes les caractéristiques descriptives (données non présentées). Il existe une relation inverse constante entre l'âge et les variations moyennes des scores de l'échelle CESD-10, conduisant à ce que les personnes plus jeunes ont connu des augmentations plus importantes des scores de dépression entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020. De plus, des changements moyens plus importants dans les scores de dépression ont été observés chez les célibataires, les personnes souffrant de maladies chroniques, les fumeurs et les

consommateurs réguliers d'alcool. Les personnes à revenu élevé ont connu des augmentations moyennes plus importantes des scores de dépression entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020. Cependant, il existe une relation inverse entre le revenu et les scores CESD-10 pour tous les points de mesure dans le temps. Il est important de noter que, pour presque toutes les caractéristiques, les scores de dépression se sont aggravés entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020 alors qu'ils s'étaient améliorés entre le départ et le 1<sup>er</sup> suivi.

Le tableau 3 présente les données relatives à la variation moyenne des scores de dépression entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020 en fonction des différentes caractéristiques liées à l'emploi. Si l'augmentation des symptômes dépressifs a été observée dans toutes les situations vis-à-vis de l'emploi, l'augmentation la plus importante a été observée chez les personnes qui sont devenues chômeuses au printemps 2020. De même, des changements plus importants dans les scores de dépression ont été observés chez les personnes dont le lieu de travail a fermé au printemps 2020 ou à l'automne 2020, et chez celles qui sont passées au travail à distance. De plus, les scores de dépression ont connu une plus faible augmentation chez les personnes travaillant principalement en personne, les travailleurs non essentiels et les personnes dont le travail n'a pas été perturbé au printemps 2020. Après répartition par sexe, les femmes ont, en moyenne, connu des augmentations plus importantes de leurs scores CESD-10 entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020 par rapport aux hommes, et ce, pour presque toutes les mesures liées à l'emploi (données non présentées).

Le tableau 4 présente les RC ajustés et les IC à 95 % pour la dépression incidente à l'automne 2020 en fonction de la situation vis-à-vis de l'emploi. En ce qui concerne l'évolution de l'emploi entre le printemps 2020 et l'automne 2020, les personnes nouvellement au chômage couraient deux fois plus de risque de souffrir de dépression (RC = 2,22; IC à 95 % : 1,51 à 3,28) que celles demeurées à la retraite. De plus, les personnes étant passées au travail à distance présentaient un risque de dépression accru de 24 % (RC = 1,24; IC à 95 % : 1,01 à 1,53), et celles dont le lieu de travail a fermé présentaient un risque accru de dépression de 95 % à l'automne 2020 (RC = 1,95; IC à 95 % : 1,32 à 2,88). Des tendances similaires ont été

TABLEAU 2

Moyennes et erreurs-type des scores CESD-10 au départ, au 1<sup>er</sup> suivi et à l'automne 2020, et variation moyenne des scores du départ au 1<sup>er</sup> suivi et du 1<sup>er</sup> suivi à l'automne 2020, en fonction de différentes covariables chez les personnes sans dépression au départ ou au 1<sup>er</sup> suivi (taille de l'échantillon = 16 719; cas incidents à l'automne 2020 = 2 211)

		Taille de l'échantillon	Moyenne (erreur-type) du score CESD-10 au départ	Moyenne (erreur-type) du score CESD-10 au 1 <sup>er</sup> suivi	Moyenne (erreur-type) du score CESD-10 à l'automne 2020	Variation moyenne (erreur-type) des scores CESD-10 entre le départ et le 1 <sup>er</sup> suivi	Variation moyenne (erreur-type) des scores CESD-10 entre le 1 <sup>er</sup> suivi et l'automne 2020
Total		16 719	3,30 (0,02)	3,25 (0,02)	4,86 (0,03)	-0,06 (0,02)	1,61 (0,03)
Sexe	Masculin	8 434	3,19 (0,03)	3,12 (0,03)	4,47 (0,04)	-0,08 (0,03)	1,36 (0,04)
	Féminin	8 285	3,42 (0,03)	3,38 (0,03)	5,25 (0,05)	-0,04 (0,03)	1,87 (0,05)
Âge (années)	50 à 54	744	3,52 (0,09)	3,22 (0,09)	5,76 (0,18)	-0,30 (0,10)	2,55 (0,17)
	55 à 59	2 257	3,39 (0,05)	3,21 (0,05)	5,15 (0,09)	-0,18 (0,06)	1,94 (0,09)
	60 à 64	2 666	3,42 (0,05)	3,15 (0,05)	4,74 (0,08)	-0,27 (0,05)	1,59 (0,08)
	65 à 69	3 194	3,26 (0,04)	3,13 (0,04)	4,71 (0,07)	-0,13 (0,05)	1,58 (0,07)
	70 à 74	2 962	3,16 (0,04)	3,15 (0,05)	4,60 (0,07)	-0,01 (0,05)	1,46 (0,07)
	75 et plus	4 896	3,28 (0,04)	3,46 (0,04)	4,89 (0,06)	0,18 (0,04)	1,44 (0,06)
État matrimonial	Célibataire/jamais marié(e)	1 195	3,70 (0,07)	3,55 (0,07)	5,36 (0,13)	-0,15 (0,08)	1,81 (0,13)
	Marié(e)/conjoint(e) de fait	12 414	3,19 (0,02)	3,13 (0,02)	4,72 (0,04)	-0,06 (0,02)	1,59 (0,04)
	Veuf(ve)/séparé(e)/divorcé(e)	3 102	3,61 (0,05)	3,59 (0,05)	5,20 (0,08)	-0,02 (0,05)	1,60 (0,08)
	Donnée manquante	8	3,07 (0,98)	2,13 (0,44)	5,88 (1,46)	-0,94 (0,80)	3,75 (1,39)
Niveau d'études le plus élevé	Pas d'études postsecondaires	1 166	3,46 (0,07)	3,47 (0,07)	5,02 (0,12)	0,02 (0,08)	1,55 (0,12)
	Études postsecondaires	9 464	3,34 (0,03)	3,25 (0,03)	4,94 (0,04)	-0,09 (0,03)	1,70 (0,04)
	Supérieur aux études postsecondaires	3 814	3,04 (0,04)	3,00 (0,04)	4,75 (0,07)	-0,03 (0,04)	1,75 (0,06)
	Donnée manquante	2 275	3,52 (0,05)	3,53 (0,05)	4,58 (0,09)	0,01 (0,06)	1,05 (0,08)
Revenu du ménage	≤ 20 000 \$	402	3,91 (0,12)	3,98 (0,13)	4,84 (0,22)	0,07 (0,15)	0,87 (0,21)
	20 000 \$ à 50 000 \$	2 995	3,63 (0,05)	3,61 (0,05)	5,01 (0,08)	-0,03 (0,05)	1,40 (0,08)
	50 000 \$ à 100 000 \$	6 091	3,28 (0,03)	3,26 (0,03)	4,89 (0,05)	-0,01 (0,03)	1,62 (0,05)
	100 000 \$ à 150 000 \$	3 449	3,18 (0,04)	3,04 (0,04)	4,80 (0,07)	-0,14 (0,04)	1,76 (0,06)
	≥ 150 000 \$	2 941	3,06 (0,04)	2,89 (0,04)	4,66 (0,08)	-0,16 (0,05)	1,77 (0,07)
	Donnée manquante	841	3,39 (0,08)	3,53 (0,09)	4,98 (0,15)	0,14 (0,10)	1,46 (0,15)
Milieu de résidence	Milieu rural	1 700	3,17 (0,06)	3,11 (0,06)	4,47 (0,10)	-0,06 (0,07)	1,36 (0,09)
	Milieu urbain	15 011	3,32 (0,02)	3,26 (0,02)	4,90 (0,03)	-0,06 (0,02)	1,64 (0,03)
	Donnée manquante	8	4,38 (1,15)	4,63 (1,02)	3,93 (0,75)	0,25 (1,00)	-0,69 (1,12)
Présence de maladies chroniques	Aucune maladie chronique	701	2,72 (0,09)	2,51 (0,09)	3,86 (0,14)	-0,22 (0,09)	1,35 (0,14)
	Au moins une maladie chronique	15 810	3,33 (0,02)	3,29 (0,02)	4,91 (0,03)	-0,05 (0,02)	1,62 (0,03)
	Donnée manquante	208	2,93 (0,17)	2,71 (0,15)	4,28 (0,26)	-0,22 (0,16)	1,58 (0,25)
Tabagisme au printemps 2020	Jamais fumé	15 755	3,29 (0,02)	3,23 (0,02)	4,84 (0,03)	-0,06 (0,02)	1,61 (0,03)
	Fumeur occasionnel	190	3,64 (0,18)	3,57 (0,18)	5,00 (0,33)	-0,08 (0,19)	1,44 (0,32)
	Fumeur quotidien	675	3,46 (0,10)	3,36 (0,10)	5,09 (0,17)	-0,10 (0,11)	1,74 (0,17)
	Donnée manquante	99	3,92 (0,27)	3,89 (0,28)	5,24 (0,41)	-0,03 (0,30)	1,35 (0,44)
Consommation d'alcool depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020	Jamais bu d'alcool	2 772	3,37 (0,05)	3,38 (0,05)	4,57 (0,08)	0,01 (0,05)	1,19 (0,08)
	1 à 3 fois par mois	4 563	3,43 (0,04)	3,37 (0,04)	4,91 (0,06)	-0,06 (0,04)	1,54 (0,06)
	1 à 5 fois par semaine	6 636	3,21 (0,03)	3,13 (0,03)	4,88 (0,05)	-0,07 (0,03)	1,75 (0,05)
	Presque tous les jours	2 727	3,26 (0,05)	3,18 (0,05)	5,00 (0,08)	-0,08 (0,05)	1,82 (0,08)
Donnée manquante	21	3,86 (0,45)	3,71 (0,57)	5,12 (0,99)	-0,14 (0,49)	1,40 (0,67)	

Abréviation : CESD-10, échelle de dépression courte du Center for Epidemiologic Studies.

Remarque : Des scores CESD-10 plus élevés indiquent des symptômes dépressifs plus sévères. Les personnes ont été classées comme souffrant de dépression lorsque le score CESD-10 était égal ou supérieur à 10.

TABLEAU 3

Moyennes et erreurs-type des scores CESD-10 au départ, au 1<sup>er</sup> suivi et à l'automne 2020, et variation moyenne des scores du départ au 1<sup>er</sup> suivi ainsi que du 1<sup>er</sup> suivi à l'automne 2020, en fonction de la situation vis-à-vis de l'emploi chez les personnes sans dépression au départ ou au 1<sup>er</sup> suivi (taille de l'échantillon = 16 719; cas incidents à l'automne 2020 = 2 211)

	Taille de l'échantillon	Moyenne (erreur-type) du score CESD-10 au départ	Moyenne (erreur-type) du score CESD-10 au 1 <sup>er</sup> suivi	Moyenne (erreur-type) du score CESD-10 à l'automne 2020	Variation moyenne (erreur-type) des scores CESD-10 entre le départ et le 1 <sup>er</sup> suivi	Variation moyenne (erreur-type) des scores CESD-10 entre le 1 <sup>er</sup> suivi et l'automne 2020	
Changement du printemps 2020 à l'automne 2020	Maintien à la retraite	9 184	3,29 (0,03)	3,31 (0,03)	4,82 (0,04)	0,02 (0,03)	1,51 (0,04)
	Nouvellement à la retraite	264	3,05 (0,15)	3,28 (0,15)	4,40 (0,25)	0,23 (0,15)	1,12 (0,25)
	Nouvellement en emploi	293	3,63 (0,14)	3,72 (0,15)	5,26 (0,28)	0,09 (0,17)	1,54 (0,29)
	Nouvellement au chômage	191	3,65 (0,18)	3,62 (0,19)	6,30 (0,39)	-0,03 (0,19)	2,68 (0,33)
	Retraité après fermeture du lieu de travail	252	3,32 (0,15)	3,09 (0,14)	4,81 (0,29)	-0,23 (0,16)	1,72 (0,29)
	Retour sur le lieu de travail après fermeture	1 391	3,30 (0,07)	3,07 (0,07)	4,77 (0,12)	-0,23 (0,07)	1,70 (0,11)
	Retour sur le lieu de travail après travail à distance	564	3,35 (0,10)	3,09 (0,10)	4,60 (0,17)	-0,26 (0,11)	1,51 (0,17)
	Passage au travail à distance	1 322	3,32 (0,07)	3,06 (0,07)	5,26 (0,12)	-0,26 (0,07)	2,19 (0,11)
	Maintien sur le lieu de travail	399	3,43 (0,13)	3,17 (0,12)	4,80 (0,23)	-0,25 (0,13)	1,63 (0,22)
	Maintien en travail à distance	2 575	3,25 (0,05)	3,18 (0,05)	4,73 (0,08)	-0,07 (0,05)	1,55 (0,08)
	Lieu de travail fermé	192	3,50 (0,19)	3,31 (0,18)	5,86 (0,32)	-0,19 (0,21)	2,56 (0,31)
	Autre	92	3,87 (0,29)	3,31 (0,26)	4,72 (0,42)	-0,56 (0,30)	1,40 (0,41)
	Changement du 1 <sup>er</sup> suivi à l'automne 2020	Maintien à la retraite	9 313	3,29 (0,03)	3,31 (0,03)	4,82 (0,04)	0,02 (0,03)
Nouvellement à la retraite		369	3,12 (0,13)	3,15 (0,12)	4,55 (0,22)	0,03 (0,14)	1,40 (0,22)
Nouvellement en emploi		418	3,59 (0,12)	3,65 (0,13)	5,21 (0,24)	0,06 (0,14)	1,56 (0,23)
Nouvellement au chômage		187	3,60 (0,18)	3,58 (0,19)	6,26 (0,39)	-0,02 (0,20)	2,68 (0,33)
Passage au travail à distance		3 824	3,27 (0,04)	3,14 (0,04)	4,91 (0,07)	-0,13 (0,04)	1,78 (0,06)
Maintien sur le lieu de travail		354	3,55 (0,13)	3,23 (0,14)	5,01 (0,23)	-0,32 (0,14)	1,78 (0,22)
Augmentation du nombre d'heures		306	3,33 (0,14)	3,18 (0,14)	4,61 (0,24)	-0,15 (0,16)	1,43 (0,24)
Réduction du nombre d'heures		1 550	3,29 (0,06)	3,06 (0,06)	4,70 (0,11)	-0,22 (0,07)	1,64 (0,11)
Lieu de travail fermé		178	3,45 (0,20)	3,21 (0,19)	5,88 (0,34)	-0,23 (0,21)	2,67 (0,33)
Autre	220	3,59 (0,17)	3,01 (0,16)	4,46 (0,26)	-0,57 (0,19)	1,45 (0,26)	
Lieu de travail principal à l'automne 2020	Travail à domicile	1 242	3,26 (0,07)	3,00 (0,07)	5,17 (0,12)	-0,26 (0,07)	2,17 (0,11)
	Travail dans un cadre autre que le domicile	2 319	3,35 (0,05)	3,10 (0,05)	4,71 (0,09)	-0,25 (0,06)	1,62 (0,09)
	Autre lieu	263	3,49 (0,15)	3,17 (0,14)	5,35 (0,28)	-0,32 (0,18)	2,18 (0,27)
	Question omise	12 891	3,29 (0,02)	3,30 (0,02)	4,84 (0,04)	0,00 (0,02)	1,54 (0,04)
	Donnée manquante	4	3,50 (1,19)	4,75 (1,49)	5,25 (1,31)	1,25 (1,60)	0,50 (0,96)
Statut de travailleur essentiel au printemps 2020	Non	2 389	3,29 (0,05)	3,09 (0,05)	5,15 (0,09)	-0,19 (0,05)	2,06 (0,08)
	Oui	1 783	3,41 (0,06)	3,13 (0,06)	4,69 (0,10)	-0,28 (0,06)	1,56 (0,10)
	Question omise	12 321	3,29 (0,02)	3,29 (0,02)	4,81 (0,04)	0,00 (0,02)	1,52 (0,04)
	Donnée manquante	226	3,40 (0,16)	3,33 (0,16)	5,54 (0,29)	-0,07 (0,19)	2,21 (0,28)
Interruption du travail au printemps 2020	Non	965	3,44 (0,08)	3,13 (0,08)	4,36 (0,14)	-0,30 (0,09)	1,23 (0,14)
	Oui	3 415	3,32 (0,04)	3,12 (0,04)	5,15 (0,08)	-0,20 (0,04)	2,04 (0,07)
	Question omise	12 321	3,29 (0,02)	3,29 (0,02)	4,81 (0,04)	0,00 (0,02)	1,52 (0,04)
	Donnée manquante	18	2,39 (0,31)	3,06 (0,51)	5,67 (1,02)	0,67 (0,58)	2,61 (0,88)

Abréviation : CESD-10, échelle de dépression courte du Center for Epidemiologic Studies.

Remarque : Des scores CESD-10 plus élevés indiquent des symptômes dépressifs plus sévères. Les personnes ont été classées comme souffrant de dépression lorsque le score CESD-10 était supérieur ou égal à 10.

**TABLEAU 4**  
**Rapports de cotes et intervalles de confiance à 95 % pour la dépression incidente à l'automne 2020 en fonction de divers facteurs liés à l'emploi chez les personnes ne souffrant pas de dépression au moment du questionnaire de départ ou de 1<sup>er</sup> suivi (taille de l'échantillon = 16 719; cas incidents à l'automne 2020 = 2 211)**

	Nombre de cas	Modèle 1	Modèle 2			
		RC (IC à 95 %)	Total	Femmes	Hommes	
Changement du printemps 2020 à l'automne 2020	Maintien à la retraite	1 182	1,0	1,0	1,0	1,0
	Nouvellement à la retraite	29	0,86 (0,58 à 1,28)	0,92 (0,60 à 1,42)	0,94 (0,52 à 1,68)	0,90 (0,47 à 1,70)
	Nouvellement en emploi	50	1,30 (0,95 à 1,79)	1,40 (0,97 à 2,03)	1,62 (1,04 à 2,52)	1,02 (0,50 à 2,06)
	Nouvellement au chômage	47	2,18 (1,54 à 3,09)	2,22 (1,51 à 3,28)	2,69 (1,60 à 4,52)	1,79 (0,98 à 3,24)
	Retraite après fermeture du lieu de travail	36	1,16 (0,81 à 1,67)	1,25 (0,85 à 1,83)	1,78 (1,10 à 2,88)	0,73 (0,36 à 1,46)
	Retour sur le lieu de travail après fermeture	180	0,92 (0,76 à 1,12)	0,91 (0,73 à 1,13)	0,89 (0,67 à 1,19)	0,95 (0,68 à 1,33)
	Retour sur le lieu de travail après travail à distance	64	0,78 (0,59 à 1,05)	0,81 (0,59 à 1,10)	0,94 (0,63 à 1,40)	0,68 (0,41 à 1,13)
	Passage au travail à distance	206	1,18 (0,97 à 1,42)	1,24 (1,01 à 1,53)	1,18 (0,88 à 1,57)	1,32 (0,97 à 1,79)
	Maintien sur le lieu de travail	52	0,97 (0,71 à 1,33)	0,96 (0,67 à 1,37)	1,10 (0,67 à 1,79)	0,81 (0,47 à 1,38)
	Maintien en travail à distance	314	0,94 (0,81 à 1,09)	0,99 (0,84 à 1,16)	1,06 (0,86 à 1,32)	0,88 (0,69 à 1,13)
	Lieu de travail fermé	39	1,75 (1,21 à 2,53)	1,95 (1,32 à 2,88)	2,19 (1,20 à 4,00)	1,79 (1,06 à 3,00)
	Autre	12	1,05 (0,57 à 1,94)	1,20 (0,61 à 2,37)	0,53 (0,12 à 2,32)	1,56 (0,72 à 3,39)
	Changement entre le 1 <sup>er</sup> suivi et l'automne 2020	Maintien à la retraite	1 199	1,0	1,0	1,0
Nouvellement à la retraite		47	1,00 (0,72 à 1,37)	1,05 (0,74 à 1,48)	1,20 (0,77 à 1,88)	0,87 (0,51 à 1,50)
Nouvellement en emploi		66	1,17 (0,88 à 1,54)	1,22 (0,88 à 1,68)	1,44 (0,97 à 2,13)	0,88 (0,48 à 1,59)
Nouvellement au chômage		46	2,14 (1,51 à 3,03)	2,19 (1,49 à 3,23)	2,67 (1,59 à 4,50)	1,73 (0,95 à 3,14)
Passage au travail à distance		512	1,01 (0,88 à 1,15)	1,06 (0,91 à 1,23)	1,09 (0,89 à 1,32)	1,02 (0,81 à 1,27)
Maintien sur le lieu de travail		49	0,98 (0,71 à 1,35)	0,92 (0,64 à 1,33)	1,11 (0,71 à 1,72)	0,67 (0,34 à 1,30)
Augmentation du nombre d'heures		39	0,85 (0,60 à 1,21)	0,85 (0,57 à 1,26)	0,87 (0,55 à 1,37)	0,83 (0,36 à 1,95)
Réduction du nombre d'heures		191	0,86 (0,70 à 1,04)	0,86 (0,69 à 1,07)	0,90 (0,66 à 1,21)	0,83 (0,60 à 1,14)
Lieu de travail fermé		37	1,78 (1,22 à 2,60)	1,96 (1,32 à 2,92)	2,09 (1,11 à 3,93)	1,87 (1,11 à 3,15)
Autre	25	0,88 (0,57 à 1,34)	0,92 (0,57 à 1,49)	0,60 (0,27 à 1,32)	1,24 (0,68 à 2,27)	
Lieu de travail principal à l'automne 2020	Travail à domicile	180	1,0	1,0	1,0	1,0
	Travail dans un cadre autre que le domicile	294	0,83 (0,68 à 1,02)	0,79 (0,63 à 0,98)	0,83 (0,61 à 1,12)	0,76 (0,55 à 1,04)
	Autre lieu	46	1,34 (0,94 à 1,92)	1,28 (0,87 à 1,90)	1,19 (0,65 à 2,17)	1,35 (0,80 à 2,27)
Statut de travailleur essentiel au printemps 2020	Question omise	1 691	0,98 (0,81 à 1,18)	0,96 (0,79 à 1,17)	1,05 (0,79 à 1,38)	0,87 (0,65 à 1,16)
	Non	368	1,0	1,0	1,0	1,0
	Oui	219	0,75 (0,63 à 0,90)	0,75 (0,62 à 0,91)	0,77 (0,59 à 1,00)	0,72 (0,54 à 0,97)
Interruption du travail au printemps 2020	Question omise	1 585	0,85 (0,74 à 0,98)	0,84 (0,72 à 0,98)	0,84 (0,68 à 1,03)	0,84 (0,67 à 1,06)
	Non	98	1,0	1,0	1,0	1,0
	Oui	525	1,60 (1,27 à 2,02)	1,65 (1,28 à 2,12)	1,41 (1,01 à 1,97)	2,01 (1,36 à 2,98)
	Question omise	1 585	1,37 (1,09 à 1,73)	1,40 (1,09 à 1,81)	1,25 (0,89 à 1,74)	1,60 (1,08 à 2,38)

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes.

**Remarques :** Le modèle 1 a été ajusté en fonction de l'âge et du sexe. Le modèle 2 a été ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'études le plus élevé, de l'état matrimonial, du revenu du ménage, de la situation en matière d'hypothèque, du milieu de résidence, du tabagisme au printemps 2020, de la fréquence de consommation d'alcool depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 et de la présence d'une maladie chronique.

Le nombre de cas est basé sur le modèle 1.

Les personnes ont été classées comme souffrant de dépression lorsque le score CESD-10 était égal ou supérieur à 10.

observées en ce qui concerne l'évolution liée à l'emploi entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020. Nous avons également observé que les personnes travaillant dans des environnements autres que le domicile à l'automne 2020 couraient 21 % moins de risque de souffrir de dépression que celles qui travaillaient à distance (RC = 0,79; IC à 95 % : 0,63 à 0,98). De même, les travailleurs essentiels avaient un risque de dépression réduit de 25 % par rapport aux travailleurs non essentiels (RC = 0,75; IC à 95 % : 0,62 à 0,91). De plus, les personnes dont l'emploi a été perturbé au printemps 2020 présentaient un risque de dépression 65 % plus élevé que celles dont l'emploi n'avait pas été affecté (RC = 1,65; IC à 95 % : 1,28 à 2,12). Dans l'ensemble, il n'y avait que de légères différences entre les sexes, les femmes étant plus exposées au risque de dépression en raison du chômage et de la fermeture du lieu de travail et les hommes en raison d'une interruption de travail au printemps 2020.

Les analyses de rémission parmi les personnes souffrant de dépression au moment du départ ou du 1<sup>er</sup> suivi mais pas à l'automne 2020 ont révélé que les personnes qui ont obtenu un nouvel emploi entre les deux vagues d'enquête avaient presque deux fois plus de chances de rémission que celles qui étaient demeurées à la retraite (RC = 1,99; IC à 95 % : 1,57 à 2,53) (données non présentées). Les personnes qui sont retournées sur leur lieu de travail à l'automne 2020 après avoir travaillé à distance ou vu leur lieu de travail fermé au printemps 2020 avaient respectivement 24 % et 15 % moins de chance d'être en rémission à l'automne 2020 que celles qui étaient demeurées à la retraite. Il n'y avait pas de différence dans les chances de rémission entre les personnes qui travaillaient dans un environnement autre que le domicile à l'automne 2020 et celles qui travaillaient à domicile (RC = 0,95; IC à 95 % : 0,79 à 1,14), entre les travailleurs essentiels et les travailleurs non essentiels (RC = 0,95; IC à 95 % : 0,81 à 1,12) ou entre les personnes dont l'emploi a été interrompu au printemps 2020 et celles dont l'emploi n'a pas été interrompu (RC = 1,04; IC à 95 % : 0,86 à 1,26).

## Analyse

Nos analyses longitudinales des participants à l'ÉLCV indiquent que l'incidence d'une dépression survenue au cours de la pandémie de COVID-19 varie en fonction de plusieurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Dans presque

tous les sous-groupes, les symptômes dépressifs se sont légèrement améliorés entre le départ et le 1<sup>er</sup> suivi mais se sont aggravés entre le 1<sup>er</sup> suivi et l'automne 2020. Les personnes de 50 à 59 ans, les femmes, les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes à faible revenu ont enregistré les augmentations les plus importantes des scores CESD-10. En particulier, les personnes nouvellement au chômage à l'automne 2020 couraient deux fois plus de risque de souffrir de dépression que les personnes demeurées à la retraite. En revanche, les personnes qui travaillaient dans des environnements autres que le domicile ou qui avaient déclaré être travailleurs essentiels couraient moins de risque de souffrir de dépression.

Les déterminants de la dépression liés à l'emploi semblent plus marqués chez les femmes. Les femmes qui sont devenues chômeuses, qui ont connu une fermeture de leur lieu de travail ou qui sont passées au travail à distance ont été plus susceptibles de souffrir de dépression. En revanche, ces associations sont plus faibles ou non statistiquement significatives chez les hommes. Ces résultats soulignent la vulnérabilité accrue des femmes aux facteurs de stress liés à l'emploi pendant la pandémie, ce qui reflète probablement le double fardeau de la perturbation de l'emploi et des responsabilités de soins liées au genre. D'autres études épidémiologiques ont montré que les caractéristiques de l'emploi, comme le travail à distance, étaient plus fortement liées à des effets négatifs sur la santé mentale chez les femmes que chez les hommes pendant la pandémie<sup>30</sup>. De plus, plusieurs études ont fait état d'un stress psychologique et d'effets négatifs sur la santé mentale plus importants chez les femmes que chez les hommes, en particulier chez celles qui avaient des responsabilités supplémentaires en matière de soins ou d'éducation à domicile pendant les périodes de confinement liées à la COVID-19<sup>31,32</sup>.

L'une des principales conclusions de nos analyses indique un changement moyen dans le sens d'une aggravation dans les scores de dépression au sein de toutes les caractéristiques sociodémographiques, qu'il s'agisse de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau d'études le plus élevé, du revenu du ménage ou de la situation en matière d'hypothèque. D'autres études épidémiologiques ont également constaté une détérioration de la santé mentale<sup>33,34</sup>, à l'exception de l'étude de Wester et ses

collaborateurs<sup>23</sup> qui, sur un échantillon de 36 478 participants britanniques de 50 ans et plus, ont fait état d'une diminution de la prévalence de la tristesse ou de la dépression pendant la pandémie. Toutefois, ils ont observé une augmentation concomitante de la solitude, en particulier chez les femmes, ce qui pourrait être le signe de manifestations différentes de la détresse psychologique selon les contextes.

Il est intéressant de noter que nous avons observé une diminution des risques de dépression chez les travailleurs essentiels par rapport aux travailleurs non essentiels. Ces résultats contrastent avec les rapports faisant état d'une augmentation des taux d'épuisement professionnel et de stress chez les professionnels de la santé et autres travailleurs de la santé de première ligne<sup>17-19</sup>, ainsi que chez d'autres travailleurs essentiels à faible revenu qui ont été confrontés à des mesures de sécurité inadéquates liées à la COVID-19 et à un manque de protection de la santé des travailleurs<sup>35</sup>. Compte tenu des données démographiques de l'ÉLCV, qui est composée de personnes qui avaient au moins 50 ans lorsque la pandémie a commencé, et qui sont majoritairement caucasiennes et plus aisées, nos analyses sous-représenteraient ces types de travailleurs essentiels. De plus, le statut de travailleur essentiel a été évalué au début de la pandémie (printemps 2020), alors que ces personnes n'avaient peut-être pas encore atteint le stade de l'épuisement professionnel.

De même, les personnes travaillant en personne à l'automne 2020 étaient moins susceptibles de souffrir de dépression. Ces données peuvent s'expliquer par le fait que celles qui ont choisi de continuer à travailler en personne, en supposant qu'elles avaient la possibilité de faire ce choix, étaient moins préoccupées par les effets de la COVID-19 sur la santé. Elles peuvent également s'expliquer par les bienfaits pour la santé mentale du maintien des liens sociaux<sup>36</sup> et par un risque moindre de perturbation de la routine<sup>37</sup>. Il existe des données probantes fiables que le maintien des liens sociaux tout au long de la pandémie a protégé contre la dépression<sup>38</sup>. Toutefois, il est important de noter que le travail à distance n'est pas intrinsèquement préjudiciable à la santé mentale. Ses effets dépendent probablement des soutiens dont disposent les travailleurs, tels que les possibilités de liens sociaux, le maintien de routines structurées et les directives de l'organisation. Les politiques

et les interventions sur le lieu de travail qui renforcent ces soutiens peuvent contribuer à protéger le bien-être mental des travailleurs à distance, en leur permettant de bénéficier de la flexibilité des mesures d'adaptation à distance sans compromettre leur santé psychologique. Notre analyse a classé les participants selon s'ils travaillaient principalement à domicile, sur leur lieu de travail ou « autre », cette dernière catégorie pouvant refléter des situations hybrides sans toutefois être définitivement interprétable comme telle. Cette incapacité à isoler les effets du travail hybride constitue une limite, car les conditions hybrides peuvent conférer des avantages différents en matière de santé mentale que les conditions de travail entièrement à distance ou entièrement en personne. En fait, des travaux antérieurs ont montré que ceux qui peuvent travailler dans des situations hybrides ont des trajectoires optimales de santé mentale par rapport à ceux qui travaillent entièrement à distance ou entièrement en personne<sup>9</sup>. De plus, le maintien d'un horaire régulier est important pour le bien-être de chacun, et ceux qui ont connu des perturbations dans leur horaire de travail ou qui ont dû passer au travail à distance ont pu présenter un risque plus élevé de dépression<sup>39</sup>, une tendance qui est claire dans notre étude, où les perturbations sur le lieu de travail et les transitions vers le travail à distance ont été associées à des probabilités accrues de dépression.

La relation entre l'emploi et la dépression est probablement bidirectionnelle. La dépression peut entraver l'acquisition et le maintien d'un emploi<sup>40</sup>, tandis que les changements en matière d'emploi peuvent avoir une incidence sur la santé mentale<sup>41</sup>. Pendant la pandémie, l'aide sociale a aidé les personnes incapables de travailler en raison de problèmes de santé, ce qui a potentiellement introduit un biais de sélection, excluant de l'échantillon les personnes souffrant ou risquant de souffrir d'une dépression grave. Une autre limite concerne la causalité inverse et l'autosélection du lieu de travail à l'automne 2020. Les personnes qui ont choisi de travailler en personne peuvent être systématiquement différentes de celles qui travaillent à distance, par exemple parce qu'elles sont moins anxieuses, ont moins de problèmes de santé ou disposent de mécanismes d'adaptation plus solides. Ces différences sous-jacentes peuvent avoir influencé à la fois le lieu de travail et le

risque de dépression, ce qui limite l'interprétation causale de nos conclusions.

Il convient de noter qu'en raison de l'accent mis par l'ÉLCV sur les Canadiens d'âge moyen et plus âgés, cette étude exclut les personnes de moins de 50 ans. Les personnes n'ayant pas atteint ce seuil d'âge ont également été confrontées à des facteurs de stress, notamment le fait de devoir concilier l'éducation des enfants et l'école à la maison tout en s'adaptant au travail à distance. De plus, les travailleurs essentiels ayant des enfants ont éprouvé des difficultés supplémentaires à trouver des solutions de garde d'enfants à la suite des fermetures d'écoles. Le stress excessif subi par les jeunes travailleurs est susceptible d'avoir eu une incidence sur leur santé mentale et leur bien-être. Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires pour mieux comprendre l'incidence des facteurs liés à l'emploi sur la dépression au sein de cette population.

### *Points forts et limites*

Nous sommes conscients que cette étude a des limites. La cohorte de l'ÉLCV est plus aisée et moins diversifiée que la population canadienne en général et elle exclut les résidents des territoires, des communautés des Premières Nations et les personnes en établissement de soins ainsi que celles qui ne parlent ni français ni anglais. Ces critères ont probablement fait en sorte que l'échantillon recruté était en meilleure santé que la population générale. Une autre limite a été l'impossibilité d'ajuster les niveaux d'activité physique pendant la pandémie. Bien que ces données aient été recueillies au cours de la vague d'enquête de 1<sup>er</sup> suivi, elles dataient de plusieurs années antérieurement au début de la pandémie et étaient basées sur l'échelle d'activité physique pour les aînés<sup>42</sup>, qui ne fournit qu'un aperçu limité de l'activité hebdomadaire. De plus, les niveaux d'activité physique ont sensiblement changé pendant les périodes de confinement et de restriction de la COVID-19. Par conséquent, les mesures pré-pandémiques ne permettaient pas de saisir ces changements dynamiques et ont été omises dans nos analyses, ce qui peut avoir introduit des facteurs de confusion résiduels.

De plus, bien que nous ayons défini les transitions en matière d'emploi pour l'ensemble des vagues d'enquête, une certaine hétérogénéité au sein des catégories

peut subsister. Par exemple, les différences de qualité d'emploi ou les perturbations temporaires n'ont pas été entièrement prises en compte par nos mesures. De plus, ces transitions en matière d'emploi ne tiennent pas compte de l'hétérogénéité entre les professions, or le retour au travail en personne peut avoir des implications différentes pour les travailleurs de la santé et pour ceux relevant du commerce de détail ou d'autres secteurs. De plus, la classification de « travailleur essentiel » dans notre étude était large et ne faisait pas de distinction entre les divers groupes professionnels tels que les soins de santé, le commerce de détail ou les transports, alors que chaque secteur peut avoir impliqué différents niveaux de risque d'exposition, de stress et de sécurité d'emploi. Bien que les codes professionnels normalisés soient disponibles dans les données de 1<sup>er</sup> suivi de l'ÉLCV, ils font partie des fichiers à accès contrôlé que nous n'avons pas pu obtenir. De plus, ces codes n'ont pas été recueillis dans les enquêtes sur la COVID-19 et n'ont pas pu être utilisés pour affiner le statut de travailleur essentiel pendant la pandémie. Par conséquent, nos estimations peuvent masquer des nuances au sein de cette catégorie et être influencées par des caractéristiques professionnelles non mesurées.

Une autre limite est la perte de suivi relativement importante entre la vague de collecte de données du 1<sup>er</sup> suivi et les enquêtes sur la COVID-19, puisque près de 20 000 participants du 1<sup>er</sup> suivi n'ont pas répondu aux questionnaires urgents sur la COVID-19 de l'ÉLCV. Les personnes perdues de vue avaient des scores CESD-10 légèrement plus élevés au départ et au 1<sup>er</sup> suivi et étaient plus susceptibles d'avoir un revenu de ménage plus faible et un niveau d'éducation inférieur à celui de la cohorte analysée (données non présentées). Pour faciliter les comparaisons directes avec le tableau 2, les deux analyses ont été limitées aux participants qui ne souffraient pas de dépression au moment du départ ou du 1<sup>er</sup> suivi, ciblant ainsi la même cohorte à risque pour la dépression incidente à l'automne 2020. Cette restriction a permis d'assurer la cohérence entre les analyses, mais ne tient pas compte des différences avec les participants souffrant d'une dépression préexistante, qui ont pu être particulièrement vulnérables à l'exclusion. Bien que les différences observées entre la cohorte analysée et la cohorte des personnes perdues de vue soient modestes, l'attrition sélective des

personnes en mauvaise santé mentale et défavorisées sur le plan socioéconomique peut avoir conduit à une sous-estimation de l'association entre la situation vis-à-vis de l'emploi et la dépression dans notre étude.

Notre étude présente également des points forts notables, tels que l'utilisation de données longitudinales substantielles, qui fournissent des informations complètes sur les facteurs sociodémographiques et les mesures de santé mentale, avant la pandémie de COVID-19 et deux fois au cours de la première année de la pandémie. Cela nous a permis d'évaluer l'évolution de la santé mentale chez les mêmes personnes avant et pendant la pandémie, enrichissant ainsi la profondeur et l'étendue de notre recherche. Contrairement à de nombreuses études transversales, qui sont sujettes à des biais temporels, notre approche est plus fiable pour étudier l'incidence de la pandémie, en particulier sur la dépression.

## Conclusion

Dans cette vaste cohorte d'ânés canadiens, nous avons observé une aggravation des scores de dépression au début de la pandémie et établi plusieurs facteurs de risque liés à l'emploi pour la dépression incidente à l'automne 2020. Les transitions telles que le fait de se retrouver au chômage ou de subir une fermeture du lieu de travail ont été associées à un risque presque deux fois plus élevé de dépression, alors que le fait de travailler en personne et le statut de travailleur essentiel ont été liés à un risque plus faible. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des politiques de santé publique et des politiques sur le lieu de travail qui atténuent l'incidence des perturbations en matière d'emploi. Le travail à distance ne doit pas être proscrit, mais plutôt soutenu par des politiques qui favorisent le lien social, la stabilité et la routine, contribuant ainsi à protéger le bien-être mental tout en préservant la flexibilité que ce type de travail procure.

## Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce aux données et échantillons de matériel biologique collectés par l'ÉLCV. Le financement de l'ÉLCV est assuré par le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), sous la référence de financement LSA 94473, la Fondation

canadienne pour l'innovation et les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador. Cette recherche a été menée à l'aide de l'ensemble de données global du questionnaire de départ version 6.0, de l'ensemble de données de suivi du questionnaire de départ version 3.7, de l'ensemble de données global du questionnaire de 1<sup>er</sup> suivi version 3.0, de l'ensemble de données de suivi du questionnaire de 1<sup>er</sup> suivi version 2.2 et de l'ensemble de données d'étude du questionnaire sur la COVID-19 version 1.0 de l'ÉLCV dans le cadre de l'application 2104024. L'ÉLCV est dirigée par les docteurs Parminder Raina, Christina Wolfson et Susan Kirkland. Le financement de l'étude par questionnaire de départ sur la COVID-19 de l'ÉLCV est assuré par l'Institut de recherche Juravinski, la Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster, le Fonds Provost de l'Université McMaster, l'Institut de recherche sur le vieillissement McMaster, l'Agence de la santé publique du Canada/IRSC (référence de financement CMO 174125) et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse.

## Conflits d'intérêts

Margaret de Groh est ex-rédactrice en chef adjointe de la revue et Paul Villeneuve est ex-rédacteur scientifique adjoint, mais tous deux se sont retirés du processus d'évaluation de cet article. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Les commanditaires de l'étude n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, ni dans la rédaction de l'article. L'équipe de l'ÉLCV a approuvé la présentation de cet article pour publication.

## Contributions des auteurs et avis

BF : analyse formelle, enquête, méthodologie, présentation visuelle, rédaction – première version du manuscrit, rédaction – relectures et corrections.

YJ : enquête, administration du projet, validation, rédaction – relectures et corrections.

MdG : conception, acquisition de financements, enquête, administration du projet, validation, rédaction – relectures et corrections.

EFT : conception, acquisition de financements, enquête, administration du projet, rédaction – relectures et corrections.

IC : enquête, rédaction – relectures et corrections.

PJV : conception, enquête, administration du projet, méthodologie, supervision, validation, rédaction – relectures et corrections.

Le contenu de cet article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ces points de vue ne correspondent pas nécessairement à ceux de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement ou du gouvernement du Canada.

## Financement

Esme Fuller-Thomson remercie les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour la subvention n° 172862 (PI Esme Fuller-Thomson) et le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées. Brianna Frangione a reçu un financement du programme PFETE de l'Agence de la santé publique du Canada pour soutenir cette activité de recherche.

## Références

1. Hergenrather KC, Zeglin RJ, McGuire-Kuletz M, Rhodes SD. Employment as a social determinant of health: a systematic review of longitudinal studies exploring the relationship between employment status and physical health. *Rehabil Res Policy Educ*. 2015; 29(1):2-26. <https://doi.org/10.1891/2168-6653.29.1.2>
2. Nordenmark M, Strandh M. Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors. *Sociology*. 1999;33(3): 577-597. <https://doi.org/10.1177/s003803859900036x>
3. Ebling S, Ebrahimi OV, Johnson SU, Skjerdingsstad N, Hoffart A. Psychological well-being in times of COVID-19: associated factors and levels in the general population. *Front Public Health*. 2022;10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.860863>
4. Chanfreau J, Lloyd C, Byron C, Roberts C. Predicting wellbeing. Angleterre (R.-U.) : NatCen Social Research; 2013. <https://doi.org/10.13140/2.1.3267.4564>

5. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott D, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7)
6. Beland LP, Brodeur A, Mikola D, Wright T. The short-term economic consequences of COVID-19: occupation tasks and mental health in Canada. *Can J Econ*. 2022;55(Suppl 1):214-247. <https://doi.org/10.1111/caje.12543>
7. Ruffolo M, Price D, Schoultz M, Leung J, Bonsaksen T, Thygesen H, et al. Employment uncertainty and mental health during the COVID-19 pandemic initial social distancing implementation: a cross-national study. *Glob Soc Welf*. 2021;8(2):141-150. <https://doi.org/10.1007/s40609-020-00201-4>
8. Plett D, Pechlivanoglou P, Coyte PC. The impact of provincial lockdown policies and COVID-19 case and mortality rates on anxiety in Canada. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;76(9):468-474. <https://doi.org/10.1111/pcn.13437>
9. Bodner A, Ruhl L, Barr E, Shridhar A, Skakoon-Sparling S, Card KG. The impact of working from home on mental health: a cross-sectional study of Canadian worker's mental health during the third wave of the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11588. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811588>
10. Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, de Bont J, Gonçalves AQ, Duarte-Salles T, et al. Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(11):e044617. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044617>
11. Kolakowsky-Hayner SA, Goldin Y, Kingsley K, Alzueta E, Arango-Lasprilla JC, Perrin PB, et al. Psychosocial impacts of the COVID-19 quarantine: a study of gender differences in 59 countries. *Medicina*. 2021;57(8):789. <https://doi.org/10.3390/medicina57080789>
12. Liu S, Yang L, Zhang C, Xu Y, Cai L, Ma S, et al. Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. *J Psychiatr Res*. 2021;137:393-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.014>
13. Seens H, Modarresi S, Fraser J, MacDermid JC, Walton DM, Grewal R. The role of sex and gender in the changing levels of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Womens Health*. 2021;17:17455065211062964. <https://doi.org/10.1177/17455065211062964>
14. Jeong H, Yim HW, Lee SY, Jung DY. Impact of the COVID-19 pandemic on gender differences in depression based on national representative data. *J Korean Med Sci*. 2023;38(6):e36. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e36>
15. Cogan N, McGibbon M, Gardiner A, Morton L. Understanding the mental health impacts of the COVID-19 pandemic on railway workers: risks and protective factors. *J Occup Environ Med*. 2023;65(2):172-183. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002711>
16. Haar J, O'Kane C. A post-lockdown study of burnout risk amongst New Zealand essential workers. *Soc Sci Med*. 2022;306:115157. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115157>
17. González-Nuevo C, Postigo Á, González-Menéndez A, Alonso-Pérez F, Cuesta M, González-Pando D. Professional quality of life and fear of COVID-19 among Spanish nurses: a longitudinal repeated cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2023;33(1):357-367. <https://doi.org/10.1111/jocn.16688>
18. Lee J, Jang SN, Kim NS. Burnout among public health workers during the COVID-19 pandemic in South Korea. *J Occup Environ Med*. 2023;65(3):e141-146. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002773>
19. Cahill AG, Olshavsky ME, Newport DJ, Benzer J, Chambers KM, Custer J, et al. Occupational risk factors and mental health among frontline health care workers in a large US metropolitan area during the COVID-19 pandemic. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2022;24(2):21m03166. <https://doi.org/10.4088/pcc.21m03166>
20. Wang S, Kameråde D, Bessa I, Burchell B, Gifford J, Green M, et al. The impact of reduced working hours and furlough policies on workers' mental health at the onset of COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *J Soc Policy*. 2022;53(3):702-726. <https://doi.org/10.1017/s0047279422000599>
21. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;290:113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
22. Ervasti J, Aalto V, Pentti J, Oksanen T, Kivimäki M, Vahtera J. Association of changes in work due to COVID-19 pandemic with psychosocial work environment and employee health: a cohort study of 24 299 Finnish public sector employees. *Occup Environ Med*. 2022;79(4):233-241. <https://doi.org/10.1136/oemed-2021-107745>
23. Wester CT, Bovil T, Scheel-Hincke LL, Ahrenfeldt LJ, Möller S, Andersen-Ranberg K. Longitudinal changes in mental health following the COVID-19 lockdown: results from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Ann Epidemiol*. 2022;74:21-30. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.05.010>
24. Raina P, Wolfson C, Kirkland S, Griffith LE, Balion C, Cossette B, et al. Cohort profile: the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *Int J Epidemiol*. 2019;48(6):1752-3j. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz173>
25. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D. *Am J Prev Med*. 1994;10(2):77-84. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(18\)30622-6](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(18)30622-6)
26. Fu H, Si L, Guo R. What is the optimal cut-off point of the 10-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for screening depression among Chinese individuals aged 45 and over? An exploration using latent profile analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.820777>

27. Stockwell S, Trott M, Tully M, Shin J, Barnett Y, Buttler L, et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2021;7(1):e000960. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000960>
28. SAS Institute Inc. SAS Software. 9.4 ed: SAS Institute Inc; 2023.
29. von Elm E AD, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *The Equator Network*; 2024.
30. Matthews TA, Chen L, Omidakhsh N, Zhang D, Han X, Chen Z, et al. Gender difference in working from home and psychological distress - a national survey of U.S. employees during the COVID-19 pandemic. *Ind Health.* 2022;60(4):334-344. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2022-0077>
31. Xue B, McMunn A. Gender differences in unpaid care work and psychological distress in the UK COVID-19 lockdown. *PLoS One* 2021;16(3):e0247959. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247959>
32. Zamarro G, Prados MJ. Gender differences in couples' division of childcare, work and mental health during COVID-19. *Rev Econ Househ.* 2021; 19(1):11-40. <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09534-7>
33. Pieh C, Budimir S, Humer E, Probst T. Comparing mental health during the COVID-19 lockdown and 6 months after the lockdown in Austria: a longitudinal study. *Front Psychiatry.* 2021;12:625973. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.625973>
34. Ramiz L, Conrand B, Rojas Castro MY, Dupuy M, Lu L, Sztal-Kutas C, et al. A longitudinal study of mental health before and during COVID-19 lockdown in the French population. *Global Health.* 2021;17(1):29. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00682-8>
35. Gallagher S, Roy A, Domeracki SJ, Mohrmann T, Missar V, Jule J, et al. The low-wage essential worker: occupational concerns and needs in the COVID-19 pandemic—a round table. *Workplace Health Saf.* 2021;69(4):154-160. <https://doi.org/10.1177/2165079920988682>
36. Humphrey A, March E, Lavender AP, Miller KJ, Alvarenga M, Mesagno C. Buffering the fear of COVID-19: social connectedness mediates the relationship between fear of COVID-19 and psychological wellbeing. *Behav Sci.* 2022;12(3):86. <https://doi.org/10.3390/bs12030086>
37. Hou WK, Lai FT, Ben-Ezra M, Goodwin R. Regularizing daily routines for mental health during and after the COVID-19 pandemic. *J Glob Health.* 2020;10(2):020315. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020315>
38. Pietrabissa G, Simpson SG. Psychological consequences of social isolation during COVID-19 outbreak. *Front Psychol.* 2020;11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02201>
39. Matli W. The changing work landscape as a result of the COVID-19 pandemic: insights from remote workers life situations in South Africa. *Int J Sociol Soc Policy.* 2020;40(9/10):1237-1256. <https://doi.org/10.1108/ijsssp-08-2020-0386>
40. Beck A, Crain AL, Solberg LI, Unützer J, Glasgow RE, Maciosk MV, et al. Severity of depression and magnitude of productivity loss. *Ann Fam Med.* 2011;9(4):305-311. <https://doi.org/10.1370/afm.1260>
41. Yoo K-B, Park E-C, Jang S-Y, Kwon JA, Kim JS, Cho K-H, et al. Association between employment status change and depression in Korean adults. *BMJ Open.* 2016;6(3):e008570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008570>
42. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. *J Clin Epidemiol.* 1993; 46(2):153-162. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90053-4](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90053-4)

# Recherche quantitative originale

## L'impact de la légalisation du cannabis à des fins récréatives sur les visites aux urgences pédiatriques en Colombie-Britannique (Canada)

Melody Xiao, B.A., M. Sc. (1); Aygün Ibrahimova, M.S.P., B. Sc. (1); Atousa Zargaran, B. Sc. (1,2); Phoebe Cheng, B. Sc. (1); Mojgan Karbakhsh, M.D., M.S.P. (1); Fahra Rajabali, M. Sc. (1); Kate Turcotte, M. Sc. (1); Kirvy Quiambao, B.A., M.S.P. (3); Shelina Babul, Ph. D. (1,2,4,5)

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

Article de recherche par Xiao 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 jeunes Canadiens affichent des taux de consommation de cannabis parmi les plus élevés au monde, ce qui soulève des inquiétudes quant aux intoxications chez les enfants et les adolescents dues à des expositions involontaires et à la consommation récréative depuis la légalisation. Cette étude analyse et compare les tendances en matière d'intoxication au cannabis chez les enfants et les jeunes de 16 ans ou moins traités au service des urgences d'un hôpital pédiatrique canadien avant et après la légalisation du cannabis à des fins non médicales.

**Méthodologie.** Les visites aux urgences liées au cannabis au BC Children's Hospital (BCCH) (2016-2021) ont été identifiées à partir de la base de données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) à l'aide de codes de blessures et de recherches par mots clés. Les variables clés étaient l'âge, le sexe, l'intention, la méthode de consommation de cannabis, l'intention d'intoxication, la saison, la consommation avec des pairs et le mode d'arrivée aux services des urgences. Des tests du khi-carré ont été utilisés pour évaluer les associations entre les caractéristiques et une analyse de séries chronologiques interrompues a permis d'évaluer l'impact de la légalisation.

**Résultats.** Entre 2016 et 2021, 304 visites aux urgences pédiatriques pour intoxication au cannabis ont été enregistrées au BCCH, soit une augmentation de 55,5 % entre la période antérieure à la légalisation (n = 119) et la période suivant la légalisation (n = 185). Les intoxications involontaires sont passées de 4 % à 12 % et sont principalement dues à l'ingestion de produits comestibles chez les enfants dont l'âge médian était de 3 ans. Dans 90 % des cas, il s'agissait plutôt d'une consommation intentionnelle, la coconsommation avec d'autres substances étant plus fréquente que la consommation de cannabis seulement. L'analyse des séries chronologiques interrompues a montré une tendance à la hausse des intoxications entre 2016 et 2018, une augmentation immédiatement après la légalisation de 48 % des visites aux urgences, puis une baisse.

**Conclusion.** Nos résultats soulignent la nécessité de renforcer les efforts de prévention en matière de consommation de substances, les programmes d'éducation et la surveillance continue afin de réduire les dommages chez les enfants et les jeunes liés à la consommation intentionnelle et à l'exposition non intentionnelle au cannabis, en particulier aux produits comestibles.

### Rattachement des auteurs :

1. BC Injury Research and Prevention Unit, British Columbia Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program, British Columbia Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Fraser Health Authority, Surrey (Colombie-Britannique), Canada
4. British Columbia Children's Hospital Research Institute, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
5. Department of Pediatrics, University of British Columbia, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Melody Xiao, F508, 4480, rue Oak, Vancouver (C.-B.) V6H 3V4; tél. : 778-319-2418; courriel : [Melody.Xiao@bcchr.ca](mailto:Melody.Xiao@bcchr.ca)



### Points saillants

- Les visites aux urgences du BC Children's Hospital liées à la consommation involontaire de cannabis concernaient principalement les enfants ayant un âge médian de 3 ans, passant de 4 % avant la légalisation du cannabis à 12 % après la légalisation.
- Les visites aux urgences du BC Children's Hospital liées à une intoxication due à la consommation intentionnelle de cannabis concernaient principalement des jeunes âgés en moyenne de 15 ans, la coconsommation avec d'autres substances étant plus fréquente que la consommation de cannabis seulement, tant avant qu'après la légalisation sur le cannabis.
- Après la légalisation, les intoxications dues à la coconsommation des jeunes enregistrées au service des urgences du BC Children's Hospital étaient plus fréquentes chez les filles, et les intoxications dues uniquement au cannabis étaient plus nombreuses le week-end.
- Les visites aux urgences du BC Children's Hospital pour intoxication au cannabis ont augmenté entre 2016 et 2018, ont connu un pic de 48 % au moment de la légalisation et ont diminué dans la période qui a suivi la légalisation du cannabis.

**Mots-clés :** *enfant, adolescent, cannabis, produits comestibles, intoxication, risque, législation*

## Introduction

Les jeunes Canadiens affichent des taux de consommation de cannabis parmi les plus élevés au monde, avec 43 % des jeunes de 16 à 19 ans déclarant avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois en 2023<sup>1,2</sup>. L'adoption du projet de loi C-45 (*Loi sur le cannabis*) le 17 octobre 2018 a légalisé et réglementé la production, la distribution, la vente et la possession de cannabis au Canada<sup>3</sup>. Alors que la légalisation ne visait que les adultes de 18 ans et plus, des inquiétudes ont surgi quant à l'augmentation de l'usage intentionnel en raison d'un accès accru chez les adolescents et d'une exposition involontaire chez les jeunes enfants, incluant les intoxications involontaires<sup>4</sup>. Les cas involontaires impliquent généralement de jeunes enfants qui ingèrent par inadvertance des produits du cannabis, en particulier des produits comestibles, tandis que les cas intentionnels sont plus fréquents chez les adolescents et liés à un usage récréatif, à la surconsommation, à la polyconsommation ou à l'automutilation. En dépit d'une prévalence déjà élevée de la consommation de cannabis chez les jeunes Canadiens avant la légalisation, des inquiétudes demeurent à propos d'une aggravation potentielle des risques pour la santé, comme en témoignent l'augmentation du nombre de visites à l'urgence et les changements dans les tendances observées<sup>5,6</sup>. Ces augmentations résultent sans doute d'une plus grande acceptabilité sociale et de changements dans les perceptions, l'accès et les modes de consommation chez les jeunes à la suite de la légalisation du cannabis<sup>7-9</sup>.

Dans plusieurs États américains ayant légalisé le cannabis récréatif, les expositions intentionnelles chez les jeunes (12 à 24 ans) ont augmenté, ce qui s'est traduit par une hausse des visites aux urgences, des hospitalisations et des appels aux centres antipoison<sup>10-13</sup>. Au Massachusetts, plus de la moitié des appels pour exposition intentionnelle chez les adolescents de 15 à 19 ans impliquaient la consommation de plusieurs substances, le plus souvent de l'alcool<sup>10</sup>. Des tendances similaires apparaissent au Canada, où les visites des adolescents aux urgences et les appels aux

centres antipoison liés au cannabis ont augmenté à la suite de la légalisation, la plupart des cas concernant l'usage récréatif, beaucoup les produits comestibles, et les expositions à l'automutilation impliquant souvent plusieurs substances (11 à 18 ans)<sup>14-17</sup>. Dans les provinces canadiennes de l'Alberta et de l'Ontario, les cas d'urgence ont augmenté après la légalisation du cannabis récréatif, avec une augmentation de 20 % des intoxications chez les jeunes, en particulier chez les adolescents de 12 à 17 ans<sup>14</sup>. On assiste également à des changements notables dans les habitudes de consommation chez les jeunes en Colombie-Britannique. L'enquête sur la santé des adolescents de la Colombie-Britannique menée en 2023 par la McCreary Centre Society a révélé un changement dans les habitudes de consommation de cannabis : par rapport à 2018, les jeunes de 12 à 18 ans étaient moins susceptibles d'avoir fumé du cannabis et plus susceptibles d'en avoir consommé sous forme comestible lors de leur consommation la plus récente<sup>16</sup>.

Le cannabis présente des risques particuliers pour les enfants, qui sont susceptibles d'être gravement intoxiqués et de subir des répercussions à long terme sur le développement du cerveau<sup>18</sup>. Des études américaines montrent une augmentation des intoxications pédiatriques après la légalisation du cannabis (12 ans et moins), principalement dues à l'ingestion involontaire de produits comestibles par de jeunes enfants<sup>19-24</sup>. Plus précisément, en Californie, les expositions au cannabis ont fortement augmenté après la légalisation en 2016 et la vente au détail en 2018, avec la plus forte augmentation des appels au centre antipoison chez les enfants de moins de 13 ans et surtout de moins de 6 ans, en raison de l'ingestion de gommes et de bonbons à base de cannabis<sup>25</sup>. Des tendances similaires sont apparues au Canada, où les produits comestibles, dont les aliments et les boissons infusées avec du cannabis, ont été légalisés en 2019<sup>26</sup>. Depuis lors, les expositions pédiatriques involontaires (12 ans et moins), en particulier à des produits comestibles, ont augmenté, contribuant à une hausse des visites aux urgences, des hospitalisations et des appels au centre antipoison dans plusieurs provinces<sup>5,15,27-29</sup>. Les données du British Columbia Drug and Poison Information Centre (BC DPIC), qui a géré près de 4000 appels liés au cannabis entre 2013 et 2021, montrent une augmentation constante des appels même avant la légalisation,

avec les taux les plus élevés d'appels pour des expositions non intentionnelles à des produits comestibles chez les enfants de moins de 5 ans<sup>15</sup>. Une autre étude canadienne a montré que chez les enfants de 9 ans et moins, les hospitalisations pour intoxication au cannabis ont augmenté après la légalisation des fleurs de cannabis séchées en 2018 et doublé après la légalisation des produits comestibles, où les hospitalisations ont augmenté davantage dans les provinces autorisant les produits comestibles (Ontario, Alberta, Colombie-Britannique) par rapport au Québec, une province qui interdisait à l'époque les produits comestibles<sup>30</sup>. À partir de 2025, toutes les provinces et tous les territoires canadiens autorisent la vente de cannabis comestible, avec des variations dans les calendriers de déploiement; cependant, le Québec restreint actuellement les produits susceptibles d'attirer les mineurs, tels que les bonbons, les chocolats et les desserts, n'autorisant que certains produits comestibles, tels que les fruits secs et les noix<sup>31</sup>.

On a également observé une augmentation notable de la consommation de substances chez les enfants et les jeunes aux États-Unis et au Canada pendant la pandémie de COVID-19, coïncidant avec une augmentation des visites aux services d'urgence pour intoxication par rapport aux niveaux d'avant la pandémie, le cannabis formant une proportion croissante des intoxications. Des augmentations relatives ont été observées chez les jeunes enfants (âgés de 6 mois à 5 ans) et les adolescents (âgés de 11 à 18 ans), et les proportions élevées se sont manifestées jusqu'à l'âge de jeune adulte (jusqu'à 24 ans)<sup>13,17,32</sup>. Une étude américaine a suggéré que l'augmentation des expositions non intentionnelles chez les enfants de 6 mois à 5 ans était probablement liée au fait qu'ils passaient plus de temps à la maison et que les produits à base de cannabis étaient plus accessibles dans les foyers<sup>32</sup>. En ce qui concerne les jeunes de 11 à 24 ans, l'augmentation des visites aux urgences, en particulier pour usage récréatif et automutilation intentionnelle, peut être attribuée aux facteurs de stress liés à la pandémie et aux perturbations des habitudes<sup>13,17</sup>.

Comprendre l'impact des changements législatifs sur les intoxications au cannabis peut guider les politiques de prévention, étant donné la susceptibilité des jeunes enfants aux expositions non intentionnelles et le risque chez les adolescents

de consommation intentionnelle, souvent de plusieurs substances, ce qui peut nuire à leur santé<sup>33,34</sup>. Une étude de 2020 a analysé les intoxications au cannabis chez les enfants et les jeunes de 16 ans et moins vus au BC Children's Hospital (BCCH) avant la légalisation du cannabis à des fins récréatives afin d'établir une base de référence<sup>35</sup>. L'objectif de notre étude est d'analyser les tendances et les schémas des intoxications au cannabis chez les enfants et les jeunes de moins de 16 ans vus au BCCH depuis la légalisation en 2018 du cannabis à des fins non médicales au Canada, en incluant des facteurs tels que la coconsommation, les voies d'exposition et les types de produits. L'analyse de ces changements permet d'identifier les risques émergents, d'évaluer l'efficacité des mesures de protection en vigueur, telles que les exigences en matière d'emballage et d'étiquetage des produits, et de contribuer à l'élaboration d'une éducation ciblée pour les aidants et les collectivités.

L'approbation éthique a été obtenue auprès de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), du Children's and Women's Health Centre of British Columbia (CW) et du Comité d'éthique de la recherche, certificat n° H23-00948.

## Méthodologie

### Collecte et extraction des données

Les données sur les visites aux urgences liées à une intoxication au cannabis au BCCH entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2021 ont été extraites de la base de données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Le SCHIRPT est un système de surveillance des urgences qui enregistre les cas de blessures, dont les intoxications, en remplissant des formulaires recueillis lors de l'inscription par les patients ou leurs aidants. Les cas d'intoxication liée au cannabis ont été identifiés à l'aide des codes du SCHIRPT «50NI» (intoxication ou effet toxique) et «900BP» (partie du corps non requise), ainsi qu'à l'aide d'une recherche par mot-clé dans les descriptions des blessures pour des termes tels que «cannabis», «haschich», «CBD», «marijuana», «THC», «bong» ou «comestible». Pour garantir l'exhaustivité, les descriptions des blessures ont été revues afin de repérer les cas manquants.

### Description des variables

Les principales variables extraites ont été l'âge, le sexe, l'intention de consommation

de cannabis, l'intention d'intoxication, le traitement fourni au patient, l'heure de consommation de cannabis, la saison, la méthode de consommation de cannabis, la consommation de substances avec les pairs, la personne en quête de traitement et le mode d'arrivée au service des urgences.

La consommation de cannabis a été classée comme non intentionnelle (par exemple, de jeunes enfants ingérant par inadvertance des produits comestibles) ou intentionnelle (consommation délibérée en vue d'obtenir des effets psychoactifs). L'intention d'intoxication a été classée comme intentionnelle (dont l'automutilation ou les dommages causés par d'autres personnes) ou non intentionnelle. L'heure de l'intoxication a été classée en fonction du moment de la journée – matin (minuit à 11 h 59), après-midi (12 h à 17 h 59) et soirée (18 h à 23 h 59) – et du jour de la semaine, regroupés en jours de semaine (du lundi au vendredi) et en week-ends (samedi et dimanche). Les saisons ont été définies comme suit : printemps (mars à mai), été (juin à août), automne (septembre à novembre) et hiver (décembre à février). La méthode de consommation du cannabis était l'inhalation (par exemple, joint, bong, vaporisateur), l'ingestion (par exemple, brownies, gommages) ou les deux. La consommation de substances avec les pairs indique si les substances ont été consommées avec des pairs ou non. La personne en quête de traitement est la personne qui a amené le patient aux urgences, qu'il s'agisse d'un témoin (non impliqué et sans lien avec le patient), d'un membre de la famille ou d'un ami ou encore du patient lui-même. Le mode d'arrivée aux urgences pouvait être les services de santé d'urgence (ambulance ou police), la famille ou un autre mode (par exemple auto-admission, travailleur social ou ami).

### Analyse des données

Des tests du khi-carré ont été utilisés pour évaluer si la distribution des cas d'intoxication par le cannabis uniquement et par la coconsommation se modifiait en fonction de variables catégorielles telles que le sexe et le moment de l'intoxication. Une analyse de séries temporelles interrompues (STI) utilisant une régression de Poisson segmentée a évalué l'impact immédiat et à long terme de la légalisation du cannabis sur les visites aux urgences liées à l'intoxication au cannabis. En raison du

faible nombre de cas mensuels, les données ont été agrégées trimestriellement, ce qui a permis d'obtenir seulement 24 points de données disponibles pour l'analyse. Compte tenu du faible nombre d'observations, l'étude n'a pas la puissance nécessaire pour détecter un effet modeste et le niveau de signification a été fixé à 10 % afin de réduire le risque de faux négatifs.

La période post-légalisation a été définie comme commençant le 1<sup>er</sup> janvier 2019, afin de tenir compte du déploiement progressif et de l'offre initiale limitée des producteurs de cannabis autorisés<sup>36</sup>. La période d'étude a été divisée en période antérieure à la légalisation (T1 de 2016 au T4 de 2018) et période post-légalisation (T1 de 2019 au T4 de 2021). La variable de résultat est le nombre de cas d'intoxication au cannabis et la variable d'exposition est la légalisation du cannabis, fixée au T1 de 2019. Pour saisir l'effet multiplicatif des changements trimestriels, le coefficient du modèle STI a été élevé à une puissance pour produire un ratio de taux. Toutes les analyses de données ont été effectuées à l'aide de R, version 4.2.3<sup>37</sup>.

## Résultats

Au cours de la période de trois ans antérieure à la légalisation (janvier 2016 à décembre 2018), 119 visites aux urgences pour intoxication pédiatrique au cannabis ont été enregistrées au BCCH<sup>35</sup>. Après la légalisation (janvier 2019 à décembre 2021), ce nombre est passé à 185 cas, soit une augmentation de 55,5 %. Dans les deux périodes, plus de 85 % des cas étaient liés à une consommation intentionnelle de cannabis, peu de cas résultant d'une consommation non intentionnelle.

### Consommation involontaire de cannabis

Après la légalisation du cannabis, 12 % des intoxications liées au cannabis au BCCH étaient dues à une consommation involontaire, contre 4 % avant la légalisation<sup>35</sup>. Dans les deux périodes, l'âge médian était de 3 ans, et la plupart des cas concernaient l'ingestion de produits comestibles tels que des biscuits, des gommages ou du chocolat. La plupart des patients ont été traités et ont quitté les urgences, peu d'entre eux ayant eu besoin d'être admis.

Avant la légalisation, 80 % des visites aux urgences liées à la consommation non intentionnelle de cannabis concernaient

des garçons, dont 73 % le week-end<sup>35</sup>. Après la légalisation, 59 % concernaient des filles, dont la plupart les week-ends. Dans la période post-légalisation, 90 % des cas se sont produits après la légalisation des produits comestibles, fin 2019.

### **Consommation intentionnelle de cannabis**

La consommation intentionnelle de cannabis a été classée comme suit : cannabis seulement ou coconsommation avec de l'alcool, des drogues illicites ou des médicaments. Elle représentait 96 % des cas antérieurement à la légalisation et 88 % après. Parmi les 114 cas antérieurs à la légalisation, 29 % concernaient uniquement le cannabis et 71 % la coconsommation<sup>35</sup>. Après la légalisation, 34 % des 163 patients n'ont consommé que du cannabis et 66 % ont déclaré en avoir consommé conjointement avec d'autres substances.

La comparaison démographique des intoxications intentionnelles au cannabis au BCCH avant et après la légalisation est présentée dans le tableau 1. L'âge médian des patients était de 15 ans (écart interquartile [EIQ] : 14 à 16 ans) pour les deux périodes. Avant la légalisation, les cas de consommation de cannabis uniquement et de coconsommation étaient répartis de manière égale selon le sexe ( $p = 0,29$ )<sup>35</sup>. Après la légalisation, les cas de consommation de cannabis uniquement étaient plus nombreux chez les garçons, tandis que la coconsommation était plus fréquente chez les filles ( $p = 0,01$ ). En ce qui concerne la coconsommation en particulier, les garçons étaient plus susceptibles de coconsommer avant la légalisation, tandis que les filles étaient plus susceptibles de coconsommer après la légalisation ( $p < 0,01$ ). Plus de 85 % des intoxications au cannabis sont dues à une consommation récréative plutôt qu'à une automutilation ou à une agression. Durant les deux périodes, près de 90 % des patients ont été traités ou observés aux urgences puis sont sortis.

Au cours de la période antérieure à la légalisation, les intoxications dues au cannabis uniquement et celles liées à la coconsommation différaient de manière significative en ce qui concerne le moment de la journée (tableau 2)<sup>35</sup>. Près de la moitié des cas d'intoxication due au cannabis uniquement ont eu lieu l'après-midi, le reste se produisant durant la soirée ( $p < 0,01$ )<sup>35</sup>. Les cas de coconsommation

ont eu lieu principalement dans la soirée (58 %), puis le matin (24 %) et enfin l'après-midi (16 %) ( $p = 0,01$ )<sup>35</sup>. Après la légalisation, le moment de la journée est demeuré inconnu pour 33 % des cas d'intoxication au cannabis uniquement et pour 58 % des cas de coconsommation. Les intoxications étaient plus fréquentes les jours de semaine avant la légalisation ( $p = 0,01$ )<sup>35</sup>, une augmentation des intoxications au cannabis uniquement ayant été observée le week-end après la légalisation. La saisonnalité a été associée au type d'intoxication avant la légalisation ( $p = 0,05$ ), avec moins de cas d'intoxication au cannabis uniquement au printemps (15 %) et moins de cas de coconsommation en hiver (12 %)<sup>35</sup>. Aucune association saisonnière n'a été constatée après la légalisation.

L'inhalation a été la méthode de consommation de cannabis la plus courante, tant pour les intoxications au cannabis uniquement que pour les intoxications par coconsommation (tableau 3). Plus de la moitié des cas d'intoxication au cannabis impliquaient la consommation de substances avec des pairs, qu'il s'agisse de cannabis uniquement ou de coconsommation, et ce, pour les deux périodes. Avant la légalisation, les personnes qui ne consommaient que du cannabis étaient le plus souvent amenées par des membres de leur famille, tandis que celles qui consommaient du cannabis en même temps que d'autres substances étaient plus souvent amenées par des témoins et par leur famille ( $p = 0,01$ ). Après la légalisation, la famille est restée le principal groupe ayant aidé les personnes à accéder à un traitement, tant pour la consommation de cannabis uniquement que pour la coconsommation avec l'alcool. Les services de santé d'urgence, en particulier la police et les ambulances (terrestres ou aériennes), ont été à l'origine de la plupart des arrivées aux urgences pour des intoxications dues au cannabis uniquement et pour celles liées à la coconsommation, et ce, aussi bien avant qu'après la légalisation.

### **Impact de la légalisation du cannabis**

Les tendances observées et prédites des cas d'intoxication au cannabis chez les enfants sont présentées dans la figure 1, soulignant l'impact de la législation sur le cannabis, et les résultats des séries temporelles interrompues sont fournis dans le tableau 4. Entre 2016 et 2021, le nombre

de cas d'intoxication au cannabis dans les services d'urgence de la BCCH a connu une augmentation moyenne non significative de 4,6 % par trimestre. La légalisation du cannabis a été associée à une augmentation immédiate de 47,9 % (intervalle de confiance [IC] à 90 % : 3,0 % à 113,1 %) dans les cas d'intoxication au cannabis. Cette augmentation est statistiquement significative au niveau de 10 % ( $p = 0,076$ ). Depuis la légalisation de 2019, les cas d'intoxication au cannabis ont diminué de 7,1 % par trimestre (IC à 90 % : -12,3 % à -1,8 %,  $p = 0,030$ ), une diminution statistiquement significative au niveau de 5 %.

### **Analyse**

Notre étude a montré que les visites aux urgences liées au cannabis au BCCH ont augmenté chaque année entre 2016 et 2018, avec une augmentation immédiate de 48 % au moment de la légalisation, après quoi le taux d'augmentation a diminué. Les données de la McCreary Centre Society montrent que la consommation de cannabis déclarée par les jeunes de 12 à 19 ans est passée de 25 % en 2018 à 22 % en 2023<sup>16</sup>. Le BC DPIC a indiqué que, bien que les appels pour intoxication au cannabis aient augmenté entre 2013 et 2021, la légalisation du cannabis n'a pas eu d'effet immédiat sur le taux de cas d'intoxication au cannabis et que le taux d'augmentation a ralenti après la légalisation<sup>15</sup>.

Sur la base de ces tendances, les intoxications involontaires au cannabis demeurent préoccupantes, en particulier chez les jeunes enfants. D'après nos résultats, au cours de la période post-légalisation, 90 % des consommations involontaires de cannabis par de jeunes enfants ont eu lieu après la légalisation des produits comestibles, fin 2019. Cette tendance s'est étendue au-delà de la Colombie-Britannique : les données d'hospitalisation de l'Ontario et de l'Alberta montrent une augmentation des intoxications involontaires au cannabis chez les enfants de 9 ans et moins avec l'augmentation de la vente commerciale de produits comestibles à base de cannabis en 2019<sup>30</sup>. Le BC DPIC a signalé que les enfants de moins de 5 ans présentaient systématiquement les taux les plus élevés d'exposition involontaire à des produits comestibles à base de cannabis entre 2013 et 2021. Bien que les appels aux centres antipoison concernant des produits comestibles aient continué à augmenter après la légalisation, le rythme de

TABLEAU 1

Données sociodémographiques des patients vus aux urgences du British Columbia Children's Hospital en raison d'une intoxication résultant de la consommation intentionnelle de cannabis, avant et après la légalisation, SCHIRPT, janvier 2016 à décembre 2021

Description	Consommation					
	Avant la légalisation janvier 2016 à décembre 2018 (n = 114)			Après la légalisation janvier 2019 à décembre 2021 (n = 163)		
	Coconsommation de cannabis et d'autres substances		Khi-carré $\chi^2$ , p, ddl	Coconsommation de cannabis et d'autres substances		Khi-carré $\chi^2$ , p, ddl
	Non n (%)	Oui n (%)		Non n (%)	Oui n (%)	
Âge médian en années (EIQ)	15 ans (14 à 15 ans)	15 ans (14 à 16 ans)		15 ans (14 à 15 ans)	15 ans (14 à 16 ans)	
Sexe						
Masculin	16 (49 %)	48 (59 %)	$\chi^2 = 1,11$ , p = 0,29, ddl = 1	33 (60 %)	39 (36 %)	$\chi^2 = 7,49$ , p = 0,01, ddl = 1
Féminin	17 (52 %)	33 (41 %)		22 (40 %)	69 (64 %)	
<b>Intention d'intoxication</b>						
Intoxication involontaire	45 (98 %)	59 (87 %)		53 (96 %)	87 (81 %)	
Automutilation intentionnelle	<sup>a</sup>	6 (9 %)	<sup>b</sup>	<sup>a</sup>	12 (11 %)	<sup>b</sup>
Autres intentions	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>		<sup>a</sup>	8 (7 %)	
<b>Traitement fourni au patient</b>						
Pas de traitement (conseils uniquement, tests de diagnostic, aiguillage vers un MG)	7 (21 %)	19 (24 %)		16 (29 %)	21 (19 %)	
Traitement, avec suivi nécessaire ou non	7 (21 %)	27 (33 %)		17 (36 %)	35 (32 %)	
Observation, avec suivi nécessaire ou non	16 (49 %)	26 (32 %)	<sup>b</sup>	12 (22 %)	31 (29 %)	<sup>b</sup>
Admission à l'hôpital pour traitement	<sup>a</sup>	8 (10 %)		5 (11 %)	13 (12%)	
Autres traitements	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>		<sup>a</sup>	8 (7 %)	

**Abbreviations :** *ddl*, degrés de liberté; EIQ, écart interquartile; MG, médecin généraliste; SCHIRPT, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

**Remarques :** Tableau antérieur à la légalisation adapté du tableau 1 de Cheng et al.<sup>25</sup> avec l'autorisation des auteurs.

Les « autres intentions » sont des agressions non spécifiées ou des événements dont l'intention est indéterminée.

Les « autres traitements » correspondent principalement à des admissions pour une raison autre que le traitement de l'intoxication.

<sup>a</sup> Fréquences absolues inférieures à cinq.

<sup>b</sup> Absence de test du  $\chi^2$ , en raison de la violation d'une ou plusieurs hypothèses du test.

cette augmentation a été plus lent que pendant la période précédant la légalisation<sup>15</sup>. Malgré cette différence par rapport à nos résultats concernant les urgences, l'augmentation continue des expositions pédiatriques indique une plus grande disponibilité des produits comestibles à base de cannabis dans les ménages après la légalisation, ce qui augmente le risque d'ingestion involontaire. La *Loi sur le cannabis* du Canada exige que tous les produits du cannabis soient vendus dans des emballages neutres et des contenants à l'épreuve des enfants, elle restreint les promotions susceptibles d'attirer les jeunes, elle rend obligatoire l'apposition de messages d'avertissement sur les emballages ainsi que l'affichage du symbole normalisé du cannabis et elle limite le cannabis

comestible à un maximum de 10 mg de THC par emballage afin de réduire le risque de surconsommation involontaire<sup>38</sup>. Néanmoins, une surconsommation peut toujours survenir si plusieurs emballages sont ouverts et stockés ensemble, si des produits illicites sont utilisés ou si les produits sont faits à la maison. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de prévention des intoxications, en particulier l'éducation du public sur le stockage sûr et la sensibilisation pour aider les familles à distinguer les produits légaux des produits illégaux, ainsi que la poursuite des efforts visant à orienter les consommateurs vers le marché légal.

Près de 90 % des consultations pédiatriques aux urgences liées au cannabis en

Colombie-Britannique impliquaient une consommation intentionnelle, principalement chez les jeunes âgés en moyenne de 15 ans, l'inhalation étant le mode de consommation le plus courant, tant avant qu'après la légalisation. Cette prédominance continue reflète probablement, en partie, la légalisation des extraits de cannabis inhalés à la fin de l'année 2019. La différenciation des voies d'exposition en fonction de l'âge est conforme aux recherches antérieures : l'ingestion est plus fréquente chez les enfants de moins de 10 ans, tandis que l'inhalation tend à être plus fréquente chez les jeunes plus âgés, ce qui met en évidence les différences d'accès et de modes de consommation en fonction de l'âge<sup>10,11,21</sup>. Au Canada, la consommation intentionnelle de cannabis chez les

TABLEAU 2

Répartition temporelle des intoxications dues au cannabis et à la coconsommation résultant d'une consommation intentionnelle, observées aux urgences du British Columbia Children's Hospital, avant et après la légalisation, SCHIRPT, janvier 2016 à décembre 2021

Description	Consommation					
	Avant la légalisation janvier 2016 à décembre 2018 (n = 114)			Après la légalisation janvier 2019 à décembre 2021 (n = 163)		
	Coconsommation de cannabis et d'autres substances		Khi-carré $\chi^2$ , p, ddl	Coconsommation de cannabis et d'autres substances		Khi-carré $\chi^2$ , p, ddl
	Non n (%)	Oui n (%)		Non n (%)	Oui n (%)	
<b>Moment de la journée</b>						
Matin	<sup>a</sup>	19 (24 %)		7 (13 %)	12 (11 %)	
Après-midi	15 (46 %)	13 (16 %)	$\chi^2 = 11,86$ , p < 0,01, ddl = 2	18 (33 %)	17 (16 %)	<sup>b</sup>
Soirée	14 (42 %)	47 (58 %)		12 (22 %)	16 (15 %)	
Inconnu	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>		18 (33 %)	63 (58 %)	
<b>Moment de la semaine</b>						
Jour de semaine	30 (91 %)	56 (69 %)	$\chi^2 = 6,00$ , p = 0,01, ddl = 1	39 (71 %)	70 (65 %)	$\chi^2 = 0,37$ , p = 0,54, ddl = 1
Week-end	<sup>a</sup>	25 (31 %)		16 (29 %)	38 (35 %)	
<b>Saison</b>						
Printemps	5 (15 %)	23 (28 %)		9 (16 %)	17 (16 %)	
Été	10 (30 %)	18 (22 %)	$\chi^2 = 7,76$ , p = 0,05, ddl = 3	20 (36 %)	26 (24 %)	$\chi^2 = 5,39$ , p = 0,15, ddl = 3
Automne	8 (24 %)	30 (37 %)		18 (33 %)	33 (31 %)	
Hiver	10 (30 %)	10 (12 %)		8 (15 %)	32 (30 %)	
<b>Année</b>						
2016	8 (24 %)	27 (33 %)	$\chi^2 = 1,2$ , p = 0,55, ddl = 2	<sup>c</sup>	<sup>c</sup>	
2017	10 (30 %)	25 (31 %)		<sup>c</sup>	<sup>c</sup>	<sup>c</sup>
2018	15 (46 %)	29 (36 %)		<sup>c</sup>	<sup>c</sup>	
2019	<sup>c</sup>	<sup>c</sup>		23 (42 %)	49 (45 %)	
2020	<sup>c</sup>	<sup>c</sup>	<sup>c</sup>	20 (36 %)	28 (26 %)	$\chi^2 = 2,11$ , p = 0,35, ddl = 2
2021	<sup>c</sup>	<sup>c</sup>		12 (22 %)	31 (29 %)	

**Abréviations :** ddl, degrés de liberté; SCHIRPT, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

**Remarques :** Tableau antérieur à la légalisation adapté du tableau 2 de Cheng et al.<sup>35</sup> avec l'autorisation des auteurs.

Les valeurs en caractères gras indiquent des résultats significatifs à un seuil de probabilité de p < 0,05.

<sup>a</sup> Fréquences absolues inférieures à cinq.

<sup>b</sup> En raison d'un grand nombre de cas inconnus faussant l'analyse, les résultats du khi-carré ne sont pas affichés.

<sup>c</sup> Absence de test du  $\chi^2$ , en raison de la violation d'une ou plusieurs hypothèses du test.

jeunes est souvent associée à la coconsommation d'autres substances, en particulier d'alcool<sup>35</sup>. Cette tendance n'est pas propre au Canada, puisque des enquêtes européennes menées auprès de jeunes de 15 à 20 ans indiquent que la plupart des jeunes consomment du cannabis en même temps que de l'alcool, et des enquêtes américaines indiquent qu'environ 20 % des élèves de 12<sup>e</sup> année consomment simultanément de l'alcool et du cannabis<sup>39,40</sup>. Les jeunes qui coconsomment de l'alcool et du cannabis ont tendance à présenter des profils de comportement et de consommation de substances plus problématiques : ils fument et boivent davantage et sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés sociales et comportementales<sup>41</sup>.

Les tendances en matière de consommation intentionnelle en fonction du sexe ont

évolué après la légalisation. Avant la légalisation, les intoxications au cannabis uniquement et à la coconsommation étaient réparties de manière similaire entre les garçons et les filles. Après la légalisation, les filles étaient plus susceptibles de présenter une coconsommation et représentaient une plus grande proportion des admissions aux urgences. Cela peut refléter le chevauchement avec la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle certaines données suggèrent que les adolescentes étaient plus susceptibles de consommer du cannabis comme mécanisme d'adaptation<sup>13</sup>. Un autre facteur possible est l'acceptabilité sociale accrue du cannabis à la suite de la légalisation, qui peut avoir particulièrement influencé les jeunes filles<sup>42</sup>. La réduction de l'écart entre les sexes en matière de consommation de cannabis semble être façonnée par l'évolution des

normes sociales et de genre, ainsi que par une accessibilité et une normalisation accrues.

Selon la McCreary Centre Society, les jeunes citent le plus souvent l'expérimentation, le plaisir et l'influence des pairs comme raisons de leur consommation de cannabis, tandis que certains disent l'utiliser pour gérer le stress ou la douleur<sup>16</sup>. Le renforcement de la communication familiale et des liens avec l'école peut contribuer à réduire les risques, une étude de 2022 ayant montré que ces deux facteurs avaient un effet protecteur direct contre la consommation récente de cannabis chez les élèves de niveau secondaire et collégial<sup>43</sup>. Une méta-analyse des programmes de prévention du cannabis chez les jeunes a montré que les programmes de prévention en milieu scolaire combinant la

**TABLEAU 3**  
**Caractéristiques des intoxications dues au cannabis et à la coconsommation résultant d'une consommation intentionnelle, observées aux urgences du British Columbia Children's Hospital, avant et après la légalisation, SCHIRPT, janvier 2016 à décembre 2021**

Description	Consommation					
	Avant la légalisation janvier 2016 à décembre 2018 (n = 114)			Après la légalisation janvier 2019 à décembre 2021 (n = 163)		
	Coconsommation de cannabis et d'autres substances		Khi-carré $\chi^2, p, ddl$	Coconsommation de cannabis et d'autres substances		Khi-carré $\chi^2, p, ddl$
	Non n (%)	Oui n (%)		Non n (%)	Oui n (%)	
<b>Méthode de consommation du cannabis</b>						
Inhalation	20 (67 %)	59 (81 %)		27 (53 %)	56 (55 %)	
Ingestion	10 (33 %)	<sup>a</sup>	<sup>b</sup>	14 (27 %)	14 (14 %)	
Multiple	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>		<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	
Inconnu	<sup>a</sup>	10 (14 %)		6 (12 %)	30 (29 %)	
<b>Consommation de substances avec les pairs</b>						
Non	11 (33 %)	13 (16 %)	$\chi^2 = 2,93, p = 0,09, ddl = 1$	8 (15 %)	9 (8 %)	
Oui	18 (55 %)	49 (61 %)		18 (33 %)	58 (54 %)	
Inconnu	<sup>a</sup>	19 (24 %)		29 (53 %)	41 (38 %)	
<b>Personne en quête de traitement</b>						
Témoin	<sup>a</sup>	32 (40 %)	$\chi^2 = 9,14, p = 0,01, ddl = 2$	13 (24 %)	28 (26 %)	
Patient	8 (24 %)	9 (11 %)		5 (9 %)	10 (9 %)	
Famille	15 (45 %)	28 (35 %)		16 (29 %)	43 (40 %)	
Inconnu	6 (18 %)	9 (15 %)		21 (38 %)	27 (25 %)	
<b>Mode d'arrivée aux services des urgences</b>						
Service de santé d'urgence	23 (70 %)	72 (89 %)		28 (51 %)	82 (76 %)	
Famille	7 (21 %)	5 (6 %)	<sup>b</sup>	9 (16 %)	10 (9 %)	
Autre(s)	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>		<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	
Inconnu	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>		17 (31 %)	15 (14 %)	

**Abbreviations :** *ddl*, degrés de liberté; SCHIRPT, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

**Remarques :** Tableau antérieur à la légalisation adapté du tableau 3 de Cheng et al.<sup>35</sup> avec l'autorisation des auteurs.

Les valeurs en caractères gras indiquent des résultats significatifs à un seuil de probabilité de  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> Fréquences absolues inférieures à cinq.

<sup>b</sup> Absence de test du  $\chi^2$ , en raison de la violation d'une ou plusieurs hypothèses du test.

<sup>c</sup> En raison d'un grand nombre de cas inconnus faussant l'analyse, les résultats du khi-carré ne sont pas affichés.

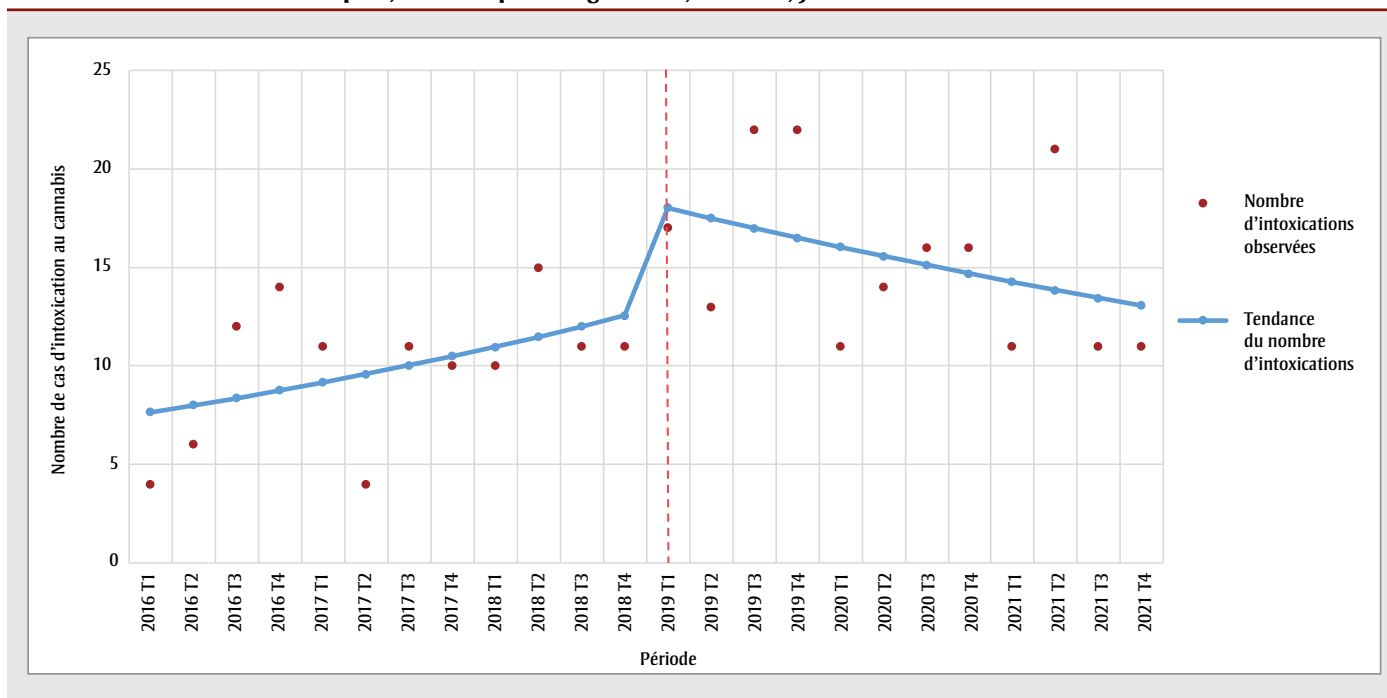
sensibilisation aux drogues et l'acquisition de compétences émotionnelles et comportementales sont plus efficaces que ceux qui s'appuient uniquement sur l'influence sociale (par exemple, résister à la pression des pairs)<sup>45</sup>. Les programmes en milieu scolaire qui durent plus longtemps ont tendance à être plus efficaces pour réduire la consommation de cannabis chez les jeunes. Ces programmes produisent des résultats plus probants en rendant les élèves moins susceptibles de commencer à consommer du cannabis ou plus susceptibles de réduire leur consommation, car une durée plus longue offre davantage d'occasions de renforcer les messages de prévention<sup>45</sup>.

Au-delà des programmes scolaires, une réglementation stricte joue un rôle essentiel dans la prévention de la consommation de cannabis chez les jeunes. Au Canada et aux États-Unis, des limites d'âge strictes similaires s'appliquent, légalisant la consommation de cannabis aux adultes de 18 ans et plus. Les détaillants titulaires d'un permis doivent vérifier l'âge des clients pour tous leurs achats, souvent au moyen de numériseurs, ce qui rend difficile l'achat de cannabis par des mineurs<sup>46</sup>. Dans le cas des achats en ligne, les clients doivent confirmer leur âge au point de vente et, à la livraison, les messagers doivent vérifier l'âge du destinataire en vérifiant une pièce d'identité délivrée par

le gouvernement pour s'assurer qu'il respecte les exigences légales<sup>47</sup>. De plus, la réglementation limite la proximité des magasins de cannabis dans les zones sensibles : par exemple, l'Ontario exige une distance minimale de 150 mètres par rapport aux écoles, l'Alberta exige 100 mètres et Edmonton a étendu les zones tampons à 200 mètres par rapport aux écoles, aux parcs et aux bibliothèques<sup>48</sup>. Du fait de ces règlements stricts, les jeunes font face à des obstacles pour accéder au cannabis par des voies légales et se tournent souvent vers des marchés illégaux, où il n'existe pas de restrictions de ce type<sup>49</sup>. L'enquête de la McCreary Centre Society a révélé que 10 % des jeunes de 12 à 18 ans

FIGURE 1

Analyse des séries chronologiques interrompues des intoxications au cannabis observées aux urgences du British Columbia Children's Hospital, avant et après la légalisation, SCHIRPT, janvier 2016 à décembre 2021



Abréviation : SCHIRPT, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

Remarque : La ligne pointillée rouge représente le moment de la légalisation du cannabis selon la définition utilisée dans cette étude.

ont déclaré avoir acheté du cannabis dans un magasin, et 3 % l'avaient fait en ligne<sup>16</sup>. Bien que l'enquête n'ait pas précisé si le cannabis provenait du marché illégal, ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les efforts visant à limiter l'accès des jeunes au cannabis.

### Points forts et limites

Peu d'études ont porté sur l'impact de la légalisation du cannabis en Colombie-Britannique. Cet article s'appuie sur nos travaux antérieurs, qui ont analysé le paysage des intoxications pédiatriques au cannabis à la BCCH avant sa légalisation<sup>35</sup>. En poursuivant la surveillance et l'analyse des dossiers des patients après la légalisation, cette étude porte sur les dossiers

postérieurs à la légalisation pour montrer comment les changements de politique ont influé sur les visites pédiatriques aux urgences liées au cannabis.

Notre période d'étude inclut la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle les pratiques de collecte de données ont été adaptées pour minimiser la transmission du virus. Pour réduire les contacts, les formulaires du SCHIRPT n'ont pas été distribués aux patients, les détails de l'incident ont été extraits des dossiers médicaux, les contacts entre le personnel et les patients ont été limités et les congés ont été accélérés en raison des politiques relatives à la COVID-19 qui limitaient les interactions en personne afin de réduire le risque d'infection. En raison de ce chevauchement

avec la pandémie de COVID-19, il n'est pas possible de dissocier les effets de la légalisation du cannabis des changements liés à la pandémie dans l'utilisation des soins de santé et les habitudes de consommation de substances chez les jeunes. Bien que les données canadiennes aient montré une baisse du nombre de visites des jeunes aux urgences pour cause de toxicomanie au début de la pandémie, cette baisse peut être attribuée à des changements dans le comportement de recherche de soins, en particulier si les cas d'intoxication étaient moins graves et moins susceptibles de susciter une visite à l'hôpital<sup>50</sup>. Par conséquent, les données relatives aux visites aux urgences ont pu être sous-estimées. Une autre limite concerne la détermination de l'intention,

TABLEAU 4

Analyse des séries chronologiques interrompues des intoxications au cannabis observées aux urgences du British Columbia Children's Hospital par rapport à la légalisation du cannabis, SCHIRPT, janvier 2016 à décembre 2021

Prédicteur	Variation en % (à partir du rapport des taux)	Intervalle de confiance à 90 %	Valeur p
Tendance avant la légalisation	4,6 %	0,1 % à 9,3 %	0,093*
Changement au moment de la légalisation	47,9 %	3,0 % à 113,1 %	0,076*
Tendance depuis la légalisation	-7,1 %	-12,3 % à -1,8 %	0,030*

Abréviation : SCHIRPT, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

\* Indique une signification statistique au niveau de 10 % ( $p < 0,10$ ).

car l'interaction limitée avec les patients pendant la pandémie a rendu plus difficile l'évaluation du caractère intentionnel ou non intentionnel de l'intoxication. La surveillance continue des consultations pédiatriques aux urgences après la légalisation et après la pandémie est essentielle pour suivre les tendances et les schémas des méfaits liés au cannabis. Cela permettra au public d'évaluer l'efficacité des réglementations actuelles et cela permettra d'élaborer en temps opportun des politiques et des stratégies de prévention fondées sur des données probantes.

## Conclusion

Le nombre de consultations pédiatriques aux urgences liées au cannabis au BCCH est passé de 119 avant la légalisation à 185 après la légalisation. Cependant, alors que le nombre de consultations a augmenté, le taux d'augmentation a diminué après la légalisation. La plupart des intoxications au cannabis étaient dues à une inhalation intentionnelle, l'âge médian étant de 15 ans, que ce soit avant ou après la légalisation. Après la légalisation, les filles étaient plus susceptibles de présenter une coconsommation et ont représenté une plus grande proportion des visites aux urgences. Cette étude met en évidence les caractéristiques des expositions involontaires et intentionnelles au cannabis chez les enfants et les adolescents. Ces résultats soulignent l'importance d'une surveillance continue, en particulier la nécessité de créer des environnements sociaux positifs, de promouvoir des programmes d'éducation en milieu scolaire et de renforcer l'application de la loi afin de réduire l'accès des jeunes et de minimiser les dommages chez les enfants et les adolescents. Les changements intervenus après la légalisation dans les habitudes liées au sexe, notamment l'augmentation de la coconsommation chez les adolescentes, soulignent la nécessité de mettre en place des stratégies de prévention de la consommation de substances psychoactives qui tiennent compte des spécificités du genre. En outre, l'augmentation du nombre d'expositions involontaires à des produits comestibles chez les jeunes enfants renforce la nécessité d'intensifier les efforts de prévention des intoxications, notamment en ce qui concerne les produits comestibles à base de cannabis.

## Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier l'Agence de santé publique du Canada, les membres

de l'équipe du SCHIRPT du BCCH pour la collecte des données et la BC Injury Research and Prevention Unit pour son soutien et ses conseils.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

AZ, SB, PC ont conçu le plan et les objectifs de cette étude. AZ a dirigé la collecte des données. MX a effectué les analyses et l'interprétation des résultats et a rédigé la première version du manuscrit. AI a effectué l'analyse de la littérature, rédigé la première version du manuscrit et contribué à l'interprétation des résultats. FR, KQ, MK ont participé à l'analyse et à l'interprétation des résultats. KT a apporté son soutien à l'application et à l'interprétation de l'éthique. Tous les auteurs ont contribué aux relectures et aux corrections du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version définitive du manuscrit.

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

## Références

1. Santé Canada. Santé Canada publie de nouvelles données sur la consommation de cannabis au Canada [Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2024 [consultation le 2 mai 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2024/01/sante-canada-publie-de-nouvelles-donnees-sur-la-consommation-de-cannabis-au-canada.html>
2. Charrier L, van Dorsselaer S, Canale N, Baska T, Kilibarda B, Comoretto RI, et al. A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey, vol. 3 [Internet]. Copenhagen (DK) : WHO Regional Office for Europe; 2024 [consultation le 2 mai 2024]. En ligne à : <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289060936>

3. Justice Canada. Légalisation et réglementation du cannabis [Internet]. Ottawa (ON) : Justice Canada; 2021 [consultation le 5 nov. 2025]. En ligne à : <https://www.justice.gc.ca/fra/cj-jp/cannabis/>
4. Karbakhsh M, Smith J, Pike I. "Where does the high road lead?" Potential implications of cannabis legalization for pediatric injuries in Canada. *Can J Public Health*. 2018;109(5-6):752-755. <http://doi.org/10.17269/s41997-018-0137-3>
5. Varin M, Champagne A, Venugopal J, Li L, McFaul SR, Thompson W, et al. Trends in cannabis-related emergency department visits and hospitalizations among children aged 0-11 years in Canada from 2015 to 2021: spotlight on cannabis edibles. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2067. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001703>
6. Yeung MEM, Weaver CG, Janz K, Haines-Saah R, Lang E. Clearing the air: a study of cannabis related presentations to urban Alberta emergency departments following legalization. *CJEM*. 2020;22(6):776-783. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.384>
7. Fischer B, Russell C, Sabioni P, van den Brink W, Le Foll B, Hall W, et al. Risk Cannabis Use Guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. *Am J Public Health*. 2017;107(8):e1-12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303818>
8. Stone AL. Adolescent cannabis use and perceived social norm trends pre and post-implementation of Washington State's liberalized recreational cannabis policy: Healthy Youth Survey, 2008-2018. *Prev Sci*. 2020;21(6):772-783. <https://doi.org/10.1007/s1121-020-01136-0>
9. Zuckermann AME, Gohari MR, Romano I, Leatherdale ST. Changes in cannabis use modes among Canadian youth across recreational cannabis legalization: data from the COMPASS prospective cohort study. *Addict Behav*. 2021;122:107025. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107025>

10. Whitehill JM, Harrington C, Lang CJ, Chary M, Bhutta WA, Burns MM, et al. Incidence of pediatric cannabis exposure among children and teenagers aged 0 to 19 years before and after medical marijuana legalization in Massachusetts. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e199456. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9456>
11. Wang GS, Davies SD, Halmo LS, Sass A, Mistry RD. Impact of marijuana legalization in Colorado on adolescent emergency and urgent care visits. *J Adolesc Health*. 2018;63(2):239-241. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.12.010>
12. Harvey T, Gomez R, Wolk B, Ozcan A. Varied presentations of pediatric patients with positive cannabinoid tests. *Cureus*. 2022;14(3):e2349. <https://doi.org/10.7759/cureus.23493>
13. Roehler DR, Smith H IV, Radhakrishnan L, Holland KM, Gates AL, Vivolo-Kantor AM, et al. Cannabis-involved emergency department visits among persons aged < 25 years before and during the COVID-19 pandemic — United States, 2019-2022. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2023;72:758-765. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7228a1>
14. Callaghan RC, Sanches M, Vander Heiden J, Kish, S. Impact of Canada's cannabis legalisation on youth emergency department visits for cannabis-related disorders and poisoning in Ontario and Alberta, 2015-2019. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(5):1104-1113. <https://doi.org/10.1111/dar.13637>
15. Trieu J, Dobbin N, Henderson SB, McVea D. Impact of legalization on cannabis exposure calls to the British Columbia Poison Control Centre. *Can J Public Health*. 2025. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01022-8>
16. Smith A, Peled M, Poon C, Anderson L, Casey E. Blunt Talk III: cannabis use among BC youth aged 12-18. Vancouver (BC) : McCreary Centre Society; 2025.
17. Zhang EWJ, Davis A, Finkelstein Y, Rosenfield D. The effects of COVID-19 on poisonings in the paediatric emergency department. *Paediatr Child Health*. 2022;27(Suppl 1):S4-8. <https://doi.org/10.1093/pch/pxab100>
18. Stoner MJ, Dietrich A, Lam SH, Wall JJ, Sulton C, Rose E. Marijuana use in children: an update focusing on pediatric tetrahydrocannabinol and cannabidiol use. *Clinical Toxicology*. 2023;61(8):591-598. <https://doi.org/10.1080/15563650.2023.2238121>
19. Thomas AA, Von Derau K, Braddford MC, Moser E, Garrard A, Mazor S. Unintentional pediatric marijuana exposures prior to and after legalization and commercial availability of recreational marijuana in Washington State. *J Emerg Med*. 2019;56(4):398-404. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.01.004>
20. Thomas AA, Dickerson-Young T, Mazor S. Unintentional pediatric marijuana exposures at a tertiary care children's hospital in Washington State: a retrospective review. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(10):e594-598. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001703>
21. Dean D, Passalacqua KD, Oh SM, Aaron C, Van Harn MG, King A. Pediatric cannabis single-substance exposures reported to the Michigan Poison Center from 2008-2019 after medical marijuana legalization. *J Emerg Med*. 2021;60(6):701-708. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.12.028>
22. Wang GS, Hoyte C, Roosevelt G, Heard K. The continued impact of marijuana legalization on unintentional pediatric exposures in Colorado. *Clin Pediatr*. 2019;58(1):114-116. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0009922818805206>
23. Wang GS, Le Lait MC, Deakyne SJ, et al. Unintentional pediatric exposures to marijuana in Colorado, 2009-2015. *JAMA Pediatr*. 2016;170(9):e160971. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0971>
24. Wang GS, Roosevelt G, Le Lait MC, Deakyne SJ, Bronstein AC, Bajaj L, et al. Association of unintentional pediatric exposures with decriminalization of marijuana in the United States. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):684-689. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.01.017>
25. Roth W, Tam M, Bi C, Kim J, Lewis J, Ho Raymond, et al. Changes in California cannabis exposures following recreational legalization and the COVID-19 pandemic. *Clin Toxicol*. 2022;60(5):632-638. <https://doi.org/10.1080/15563650.2021.2006212>
26. Santé Canada. Règlements en vertu de la *Loi sur le cannabis* [Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2019 [consultation le 15 mai 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/lois-reglementation/reglements-appuyant-loi-cannabis.html>
27. Coret A, Rowan-Legg A. Unintentional cannabis exposures in children pre- and post-legalization: a retrospective review from a Canadian paediatric hospital. *Paediatr Child Health*. 2022;27(5):265-271. <https://doi.org/10.1093/pch/pxab090>
28. Myran DT, Cantor N, Finkelstein Y, Pugilese M, Guttman A, Jesseman R, et al. Unintentional pediatric cannabis exposures after legalization of recreational cannabis in Canada. *JAMA Netw Open*. 2022;5(1):e2142521. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.42521>
29. Cohen N, Galvis Blanco L, Davis A, Kahane A, Mathew M, Schuh S, et al. Pediatric cannabis intoxication trends in the pre and post-legalization era. *Clin Toxicol (Phila)*. 2022;60(1):53-58. <https://doi.org/10.1080/15563650.2021.1939881>
30. Myran DT, Tanuseputro P, Auger N, Konikoff L, Talarico R, Finkelstein Y. Pediatric hospitalizations for unintentional cannabis poisonings and all-cause poisonings associated with edible cannabis product legalization and sales in Canada. *JAMA Health Forum*. 2023;4(1):e225041. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.5041>
31. Rowe DJ. Cannabis-infused poutine sauce, jerky, nuts among new edible options in Quebec [Internet]. CTV News; 2024 [consultation le 13 mai 2025]. En ligne à : <https://www.ctvnews.ca/montreal/article/cannabis-infused-poutine-sauce-jerky-nuts-among-new-edible-options-in-quebec/>

32. Laudone TW, Leonard JB, Hines EQ, Seung H, Klein-Schwartz. Changes in unintentional cannabis exposures in children 6 months to 5 years reported to United States poison centers during the first nine months of the coronavirus-19 pandemic. *Clin Toxicol*. 2022; 60(9):1029-1031. <https://doi.org/10.1080/15563650.2022.2064867>
33. Burggren AC, Shirazi A, Ginder N, London ED. Cannabis effects on brain structure, function, and cognition: considerations for medical uses of cannabis and its derivatives. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(6):563-579. <https://doi.org/10.1080/00952990.2019.1634086>
34. Jacobus J, Tapert SF. Effects of cannabis on the adolescent brain. *Curr Pharm Des*. 2014;20(13):2186-93. <http://doi.org/10.2174/13816128113199990426>
35. Cheng P, Zagaran A, Rajabali F, Turcotte K, Babul S. Établissement d'une base de référence : description des intoxications au cannabis dans un hôpital pédiatrique canadien avant la légalisation de la consommation de cannabis à des fins récréatives. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2020; 40(5/6):215-223. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.08f>
36. Cherney MA. Canada's struggle to supply legal weed described as 'national shortage' that could last months [Internet]. MarketWatch; 2018 [consultation le 22 avril 2025]. En ligne à : <https://www.marketwatch.com/story/canadas-struggle-to-supply-legal-weed-described-as-national-shortage-that-could-last-months-2018-11-26>
37. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienne (AU) : R Foundation for Statistical Computing; 2023. En ligne à : <https://www.R-project.org/>
38. Santé Canada. Guide sur l'emballage et l'étiquetage des produits de cannabis. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2025 [consultation le 14 septembre 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/reglements-sur-le-cannabis-pour-producteurs-autorises/guide-emballage-etiquetage-produits-cannabis.html>
39. Patrick ME, Veliz PT, Terry-McElrath YM. High-intensity and simultaneous alcohol and marijuana use among high school seniors in the U.S. *Subst Abus*. 2017;38(4):498-503. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1356421>
40. Pape H, Rossow I, Storrø EE. Under double influence: assessment of simultaneous alcohol and cannabis use in general youth populations. *Drug Alcohol Depend*. 2009;101(1-2):69-73. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.11.002>
41. Chun TH, Spirito A, Hernández L, Fairlie AM, Sindelar-Manning H, Eaton CA, et al. The significance of marijuana use among alcohol using adolescent ED patients. *Acad Emerg Med*. 2010;17(1):63-71. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00615.x>
42. Matheson J, Le Foll B. Impacts of recreational cannabis legalization on use and harms: a narrative review of sex/gender differences. *Front Psychiatry*. 2023;14:1127660. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1127660>
43. Clements-Nolle KD, Lensch T, Drake CS, Pearson JL. Adverse childhood experiences and past 30-day cannabis use among middle and high school students: the protective influence of families and schools. *Addict Behav*. 2022;129:107280. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107280>
44. Education Development Center (EDC). Preventing youth marijuana use: factors associated with use [Internet]. Waltham (MA) : EDC; 2017 [consultation le 20 mai 2025]. En ligne à : [https://solutions.edc.org/sites/default/files/Preventing-Youth-Marijuana-use-Factors-Associated-with-Use\\_0.pddl](https://solutions.edc.org/sites/default/files/Preventing-Youth-Marijuana-use-Factors-Associated-with-Use_0.pddl)
45. Porath-Waller AJ, Beasley E, Beirness DJ. A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Educ Behav*. 2010;37(5):709-723. <https://doi.org/10.1177/1090198110361315>
46. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Légalisation du cannabis : les enfants et les jeunes [Internet]. Ottawa (ON) : CCDUS; 2023. En ligne à : [https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-03/Cannabis-Legalization-Children-and-Young-People-policy-brief\\_fr.pdf](https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-03/Cannabis-Legalization-Children-and-Young-People-policy-brief_fr.pdf)
47. Sécurité publique Canada. Acheter du cannabis – ce qu'il faut savoir [Internet]. Ottawa (Ontario) : Sécurité publique Canada; 2022. En ligne à : <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/cntrng-crm/llgl-drgs/llgl-nln-sls-cnnbs-fr.aspx>
48. Cannabis Retailer. The legalities of store location considerations [Internet]. Surrey (Colombie-Britannique) : Cannabis Retailer; 2021 [consultation le 21 mai 2025]. En ligne à : <https://cannabisretailer.ca/2021/the-legalities-of-store-location-considerations/>
49. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Légalisation et réglementation du cannabis au Canada, sous l'angle de la santé publique [Internet]. Ottawa (ON) : CCDUS; 2023. En ligne à : [https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA\\_Cannabis\\_Act\\_Legislative\\_review\\_update\\_1\\_fr.pdf](https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Cannabis_Act_Legislative_review_update_1_fr.pdf)
50. Dharma C, Al-Jaishi AA, Collins E, Orchard C, Amankwah N, Lang JJ, et al. Évaluation de l'effet de la pandémie de COVID-19 sur le taux d'hospitalisation pour des raisons de santé mentale chez les jeunes au Canada : analyse de séries chronologiques interrompues. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2024;44(10):464-478. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.10.02f>

## 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 ouvrages. Voici quelques articles publiés en 2025 et 2026.

**Benkhalti Jandu M, Salzman T, Rahman P, Hashi A, Boland L, Drysdale M.** Piloting the novel Evidence Synthesis Equity Companion (ESEC) tool. *Ann Epidemiol.* 2025;112:94-101. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2025.11.002>

Bioku AA, Lu B, Harris P, Sarimiye FO, Jimeta-Tuko J, Manoj N, **Olagunju TO**, et al. Coping strategies and perception of patients with breast cancer post-surgery in an underserved region of Nigeria. *Psychooncology.* 2026;35(1):e70370. <https://doi.org/10.1002/pon.70370>

Boucher LM, Lau J, **Scott MM**, Everett K, Gomes T, Tanuseputro P, et al. Relationship between palliative care and location of death among people with opioid use disorder: a retrospective cohort study. *J Palliat Care.* 2025;08258597251392965. <https://doi.org/10.1177/08258597251392965>

**Crompton L, Chu N, Pollock NJ, Fluke J, Tonmyr L.** Measuring social and community services for children, youth, and families in contact with the child welfare system: a scoping review. *Child Prot Pract.* 2026;8:100266. <https://doi.org/10.1016/j.chipro.2025.100266>

Hutt-Taylor K, Chamberland-Fontaine S, Bardekjian AC, Khan A, Duncan A, Mokdad A, [...] **Prince SA**, et al. Improving cross-sectoral collaboration towards urban nature-based solutions: insights from a participatory workshop. *Facets.* 2025;10. <https://doi.org/10.1139/facets-2025-0035>

**Liu L, Contreras G, Thompson W.** Suicidal ideation and suicide attempts among adolescents in Canada based on the 2023 Canadian Health Survey on Children and Youth. *Discover Public Health.* 2025;22(1):826. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-01179-0>

Piché-Renaud P, Buchan CA, Burton C, Chapdelaine H, Jeewa A, Morris SK, [...] **Salvadori MI**, et al. Revaccination of individuals with cardiac adverse events following COVID-19 vaccination: a Canadian Immunization Research Network study. *Vaccine.* 2026;70:128016. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.128016>

**Prince SA, Shan Y, Butler GP, Lang JJ, McCormack GR, Colley RC.** Comparing perceived and objective measures of neighbourhood built environments among youth and adults in Canada. *Public Health.* 2026;251:106110. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.106110>

**Pugh A, Dave S, Ebrahim M, Laroche JA.** Factors associated with COVID-19 non-vaccination among children and adolescents with chronic health conditions in Canada: a national cross-sectional study. *Vaccine X.* 2025;27:100753. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2025.100753>

Sette S, Coplan RJ, **Ooi LL**, Zuffianò A, Xiao B, Wong QJJ, et al. Measurement invariance of the Straightforwardly-Worded Social Interaction Anxiety Scale and associations with life satisfaction among emerging adults attending university in 10 countries. *J Anxiety Disord.* 2025;116:103092. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.103092>

**Sharma P, Pollock NJ, Hovdestad W, Williams G, Tonmyr L.** Prevalence of out-of-home care among school-aged children in Canada, 2002–2018: an analysis of nationally-representative student survey data. *Int J Public Health.* 2025;70:1608481. <https://doi.org/10.3389/ijph.2025.1608481>

Shereefdeen H, **Thaivalappil A**, Young I, MacKay M. A pilot study on generative artificial intelligence's reliability in qualitative research quality appraisal using CASP and JBI checklists. *Inquiry.* 2025;62. <https://doi.org/10.1177/00469580251399374>

