

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

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

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

- 239** Respect des recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque chez les étudiants canadiens : une analyse de régression
- 251** Troubles concomitants de santé mentale et d'usage de substances chez les adultes canadiens pendant la pandémie de COVID-19 : une étude basée sur la population
- 265** Maladie chronique et isolement social chez les Canadiens : données probantes de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins 2022

Annonce

- 275** In Memoriam – Hommage au D^r Don Wigle
- 276** Autres publications de l'ASPC



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

Acolad
Services d'édition

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 la 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 quantitative originale

Respect des recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque chez les étudiants canadiens : une analyse de régression

Julia Pei, M. Sc. (1,2); Laura B. Jones, M.D. (1); Chris G. Richardson, Ph. D. (2); Richard J. Munthali, Ph. D. (1); Kristen L. Hudec, Ph. D. (1); Angel Y. Wang, M. Phil. (1); Lonna Munro, B. Sc. (1); Daniel V. Vigo, Lic Psych, M.D., Dr S.P. (1,2)

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

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



Résumé

Introduction. L'objectif de cette étude est d'évaluer le respect de sept recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque (RUCMR) chez des étudiants universitaires canadiens et déterminer des sous-groupes de consommateurs à risque élevé.

Méthodologie. Nous avons analysé les données d'enquête recueillies dans quatre universités canadiennes dans le cadre de l'initiative World Mental Health-International College Student (WMH-ICS). Sept des dix RUCMR de 2017 ont été évaluées. Des modèles de Poisson à inflation nulle ont été utilisés pour étudier les corrélations sociodémographiques entre 1) toute consommation de cannabis à vie et 2) le nombre de RUCMR non respectées, en fonction de la consommation à vie. De plus, des modèles de régression logistique binaire multivariés ont permis de mesurer les corrélations sociodémographiques du respect des recommandations individuelles.

Résultats. Parmi les 27 236 répondants, la prévalence de la consommation de cannabis à vie était de 33,8 %. Sur les sept recommandations évaluées, « choisir des produits de cannabis moins puissants » affichait le taux d'observance le plus bas (29,0 %), suivi par « ne pas fumer le cannabis » (36,7 %). « Ne pas consommer de cannabis synthétique » affichait le taux d'observance le plus élevé (96,1 %), suivi de « retarder la consommation de cannabis jusqu'à l'âge de 16 ans » (91,2 %). Les hommes, les étudiants non hétérosexuels, les étudiants vivant dans un logement en colocation et les étudiants canadiens étaient plus susceptibles de consommer du cannabis et, parmi les consommateurs, ce sont eux qui ont fait état d'une consommation plus risquée. Bien que les étudiants blancs aient été plus susceptibles de consommer du cannabis, parmi les consommateurs, de nombreux groupes d'étudiants non blancs ont fait état d'une consommation plus risquée.

Conclusion. Bien que la plupart des étudiants ne consomment pas de cannabis et que de nombreuses RUCMR aient un taux d'observance élevé, les taux des recommandations « choisir des produits de cannabis moins puissants » et « éviter de fumer le cannabis » étaient faibles chez les consommateurs. Les résultats de l'étude mettent en évidence des recommandations et des sous-groupes de population précis, ce qui permet de mieux cibler la création d'interventions futures destinées aux étudiants universitaires.

Mots-clés : cannabis, troubles liés à la consommation de substances, étudiants, adolescents

Points saillants

- Un tiers des étudiants universitaires canadiens interrogés ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur vie.
- De manière optimiste, 91,2 % des consommateurs ont déclaré avoir retardé leur consommation de cannabis jusqu'à l'âge de 16 ans et 96,1 % ont déclaré éviter le cannabis synthétique.
- Chez les consommateurs à vie, les comportements à risque les plus fréquemment signalés ont été le fait de ne pas choisir de produits de cannabis moins puissants (71,0 %) et de fumer le cannabis (63,3 %).
- Une consommation de cannabis plus risquée était plus fréquente chez les hommes, les étudiants non hétérosexuels, les étudiants vivant dans un logement en colocation et les étudiants canadiens.
- D'autres efforts sont nécessaires pour promouvoir la littératie sur la consommation de cannabis à moindre risque chez les étudiants universitaires et accroître la disponibilité des produits de cannabis moins puissants. L'adoption d'une unité standard de THC sur les étiquettes devrait également être envisagée.

Rattachement des auteurs :

1. Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. School of Population and Public Health, University of British Columbia, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Julia Pei, Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 0A6; tél. : 647-454-1890; courriel : juliapei@student.ubc.ca

Introduction

Malgré des décennies de prohibition et de sanctions pénales, le Canada affiche l'un des taux de consommation de cannabis les plus élevés au monde, avec une prévalence à vie de près de 50 % chez les adultes canadiens¹⁻³. En 2018, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur le cannabis* afin de légaliser la consommation de cannabis à des fins récréatives (c'est-à-dire non médicales) pour les adultes (18 ans ou plus) dans le but de fournir un approvisionnement en produits de cannabis de qualité contrôlée, de minimiser les activités illicites liées au cannabis et de réduire le fardeau qui pèse sur le système de justice pénale⁴. Selon l'Enquête canadienne sur la consommation de substances, la consommation de cannabis sur 12 mois est passée de 22 % en 2018 (avant la légalisation) à 27 % en 2022 (après la légalisation)⁵.

Bien que la consommation de cannabis à des fins récréatives soit à la fois légale et relativement courante au Canada, elle est associée à de nombreux effets indésirables sur la santé, comme les troubles respiratoires et cardiovasculaires, la déficience cognitive, la dépendance, la psychose et la schizophrénie⁶⁻¹⁰. De plus, le THC dans le cannabis peut nuire au développement du cerveau, en particulier dans le cortex frontal. Étant donné que le cerveau humain continue de se développer au début de la vingtaine, les adolescents et les jeunes adultes peuvent être particulièrement vulnérables aux effets néfastes de la consommation de cannabis^{11,12}. Il convient de noter qu'une récente étude de cohorte menée en Ontario a révélé une augmentation de 60 % de l'incidence des psychoses chez les jeunes de 14 à 20 ans entre 1997 et 2023, ce qui correspond aux taux accrus de consommation de cannabis et d'autres substances¹³.

Bon nombre de ces associations nécessitent des recherches plus poussées, mais la littérature à ce jour suggère que ces résultats indésirables sont habituellement concentrés chez un petit groupe de consommateurs à risque élevé et qu'ils peuvent être atténués considérablement par des choix comportementaux éclairés¹⁴. Ces connaissances ont mené à l'élaboration des recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque (RUCMR), qui visent à servir d'outil de santé publique fondé sur des données probantes pour guider les Canadiens vers une

consommation plus sécuritaire, semblable aux «Directives de consommation d'alcool à faible risque» utilisées dans le cadre d'initiatives de santé publique liées à l'alcool¹⁵.

Initialement publiées en 2011 et révisées en 2017 à la lumière de la légalisation prévue, les RUCMR contiennent 10 recommandations sur les facteurs de risque comportementaux modifiables afin de réduire les méfaits associés au cannabis^{15,16}. Elles indiquent que le seul moyen d'éviter complètement les risques est de ne pas consommer la substance et recommandent aux consommateurs d'éviter la consommation précoce de cannabis et les produits synthétiques et à forte concentration, de ne pas fumer le cannabis, de ne pas utiliser l'inhalation profonde et d'éviter également la consommation quotidienne ou quasi quotidienne et la conduite ou l'utilisation de machines après avoir consommé du cannabis. Elles déconseillent également la consommation pour les populations à risque élevé et la combinaison de comportements à risque abordés dans les recommandations. Les RUCMR ont été approuvées par de nombreux organismes nationaux, dont l'Agence de la santé publique du Canada, l'Association médicale canadienne et la Commission de la santé mentale du Canada¹⁷. Bien que ces recommandations aient été diffusées au moyen du matériel de diffusion de connaissances comme des brochures, des affiches et des webinaires depuis 2017, l'efficacité de ces efforts demeure incertaine.

En réponse à l'évolution de la littérature scientifique, les RUCMR ont été mises à jour en 2022⁸. L'évaluation de la qualité des données probantes et la structure des recommandations ont été mises à jour et plusieurs nouvelles recommandations ont été ajoutées, en particulier l'encouragement à consommer des produits de cannabis légaux et de qualité contrôlée, la recommandation de ne pas vapoter et la mise en garde contre la combinaison d'autres substances psychoactives avec la consommation de cannabis. Bien que ces recommandations mises à jour fournissent un contexte important pour l'interprétation de nos résultats, l'étude elle-même est fondée sur l'analyse du respect des recommandations de 2017 au moyen des données recueillies entre 2020 et 2022.

Plusieurs études ont traité du respect des RUCMR dans des échantillons de la

population canadienne et américaine en général et ont révélé des niveaux variables de respect des différentes recommandations. Parmi les personnes qui consomment du cannabis, les comportements à risque élevé les plus courants étaient le fait de fumer le cannabis, la consommation de produits à teneur élevée, la consommation quotidienne de cannabis et la conduite avec facultés affaiblies^{18,19}. Bien que le respect des recommandations de 2017 ait été analysé dans d'autres études, à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur le respect de ces recommandations chez les étudiants universitaires. En raison de leur jeune âge, ces derniers sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes du cannabis et constituent un sous-groupe de population où le comportement à risque élevé de consommation de substances est habituellement concentré^{20,21}. Par conséquent, les efforts de santé publique portant sur la consommation de cannabis chez les étudiants universitaires offrent une occasion d'intervention précoce et de prévention des comportements à risque élevé.

Cette étude porte sur le respect de sept des dix recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque de 2017 chez les étudiants de quatre universités canadiennes et identifie les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs à haut risque afin d'éclairer les futurs efforts de transfert des connaissances.

Méthodologie

Plan d'étude

L'initiative World Mental Health-International College Student (WMH-ICS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilise des instruments de dépistage validés pour générer des estimations sur une série de troubles mentaux et de consommations de substances²². Cette étude a analysé les données recueillies au moyen du déploiement transversal répété de l'enquête WMH-ICS dans quatre universités canadiennes : l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université Simon Fraser, l'Université McMaster et l'Université de Toronto. L'enquête est basée sur le World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview de l'OMS (WHO WMH-CIDI)²³.

L'enquête est auto-administrée en ligne à l'aide de la plateforme d'enquête Qualtrics²⁴. Elle a été envoyée par courriel chaque

semaine à un nouveau groupe de 350 étudiants dans chaque établissement. Les groupes ont été générés par échantillonnage aléatoire stratifié (selon le sexe, l'âge, le niveau universitaire et l'année ainsi que le statut d'étudiant) et une stratégie de suivi rigoureuse a été utilisée pour réduire au minimum le biais des non-répondants, conformément à un protocole précis décrit dans un article précédent²⁵. Cette étude porte sur 138 semaines de données, du 9 février 2020 au 18 septembre 2022. En raison du lancement échelonné des sites d'enquête, les périodes de collecte des données ont varié d'un site à l'autre. Le taux de réponse rajusté de l'enquête était de 43,5 % selon le calcul du taux de réponse pondéré 1 (RR1w) de l'American Association for Public Opinion Research pour les plans d'échantillonnage à deux phases²⁶.

Mesures des résultats

Outre la recommandation de «s'abstenir de consommer», sept recommandations individuelles ont été mises en œuvre : 1) avoir retardé la consommation de cannabis au moins jusqu'à l'âge de 16 ans; 2) choisir des produits du cannabis à moindre risque comme ceux qui contiennent moins de tétrahydrocannabinol (THC) ou un ratio plus élevé de cannabidiol (CBD) par rapport au THC; 3) ne pas consommer de produits du cannabis synthétique; 4) ne pas fumer le cannabis; 5) ne pas inhaler profondément ni retenir son souffle en fumant du cannabis; 6) en cas de consommation de cannabis, limiter la consommation de cannabis à une fois par semaine ou aux fins de semaine et 7) ne pas conduire de voiture et ne pas faire fonctionner d'autres machines sous l'influence de la drogue (cette évaluation a utilisé l'expression «consommation d'alcool ou d'autres drogues», ce qui fait qu'elle n'était pas propre au cannabis). Par conséquent, nos mesures des résultats ont été la consommation de cannabis à vie (ce qui correspond à la recommandation «s'abstenir de consommer») et le nombre d'autres RUCMR canadiennes non respectées. Il convient de noter que nous avons supposé que les répondants qui ne connaissaient pas la différence entre le THC et le CBD n'avaient pas choisi des produits à plus faible concentration, étant donné que la plupart des produits sur le marché contiennent beaucoup de THC. D'après les RUCMR de 2017, le vapotage n'a pas été catégorisé comme le fait de fumer du cannabis. La recommandation finale visant

à éviter de combiner les comportements à risque élevé n'a pas été opérationnalisée en tant que recommandation distincte, puisqu'elle était implicite dans la déclaration du nombre d'autres recommandations non respectées. Les autres recommandations n'ont pas été mises en œuvre. Les questions de l'enquête sur le cannabis sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

Approbation éthique

Toutes les procédures qui contribuent à ce travail sont conformes aux normes éthiques des comités nationaux et institutionnels compétents sur l'expérimentation humaine ainsi qu'à la Déclaration d'Helsinki de 1975 dans sa version révisée de 2008. Toutes les interventions impliquant des sujets humains ont été approuvées par le Behavioural Research Ethics Board de l'Université de la Colombie-Britannique (numéro d'approbation H19-02538). Tous les participants ont fourni leur consentement éclairé par écrit avant de répondre à l'enquête WMH-ICS.

Analyses statistiques

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser l'échantillon et le respect des recommandations individuelles. Des modèles de Poisson à inflation nulle ont ensuite été utilisés pour analyser les corrélations sociodémographiques entre 1) toute consommation à vie de cannabis à des fins récréatives et 2) le nombre de RUCMR actuellement non respectées, en fonction de la consommation à vie de cannabis à des fins récréatives. Les modèles consistaient en 1) une régression logistique prédisant la probabilité d'une consommation de cannabis à vie et 2) une régression de Poisson prédisant le nombre de recommandations non respectées. Les coefficients de régression logistiques ont été explorés pour obtenir des rapports de cotes et les coefficients de régression de Poisson ont été explorés pour obtenir des rapports de taux d'incidence pour le nombre de recommandations non respectées par les consommateurs à vie de cannabis à des fins non médicales. Les rapports des taux d'incidence correspondent à l'incidence relative du non-respect des RUCMR. Des modèles à une variable distincts pour chaque prédicteur sociodémographique ont été exécutés, ainsi qu'un modèle multivarié incluant tous les prédicteurs. Pour traiter les problèmes potentiels d'homoscédasticité, l'option `vce(robust)` a été

utilisée pour obtenir des erreurs standard robustes. Les analyses ont été effectuées à l'aide de la commande `zip` de Stata²⁷.

Ensuite, des modèles multivariés de régression logistique binaire distincts ont été utilisés pour étudier les corrélations socio-démographiques du respect de chacune des sept variables des RUCMR évaluées. Comme pour les modèles de Poisson à inflation nulle, l'option `vce(robust)` a été utilisée et des régressions logistiques à une variable distinctes ont été exécutées avant la régression logistique à plusieurs variables. La variable de genre a été divisée en trois catégories (homme cisgenre, femme cisgenre, autre) pour ces analyses afin d'éviter une séparation complète en raison de la petite taille des échantillons dans les autres catégories de genre. La correction de Bonferroni a été utilisée pour ajuster les comparaisons multiples.

Les prédicteurs sociodémographiques inclus dans chacun des modèles étaient le genre, l'orientation sexuelle, la race ou l'origine ethnique, le type de logement, le statut d'étudiant et l'âge.

Étant donné que des mesures de la consommation de cannabis à vie ont été utilisées, les effets liés à l'âge ne pouvaient pas être interprétés de façon significative : les taux plus élevés de consommation de cannabis chez les élèves plus âgés pourraient être attribuables à leur consommation au cours des années précédentes. Par conséquent, bien que l'âge ait été inclus comme covariable pour tenir compte des facteurs de confusion possibles, les tendances relatives à l'âge n'ont pas été mentionnées.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 16.1 de Stata pour Mac, avec un niveau de signification de 5 % ($p < 0,05$)²⁷. Les répondants dont les données étaient incomplètes ont été inclus dans les analyses s'ils avaient des données complètes pour chacune des variables de résultats et les valeurs manquantes ont été classées comme «manquantes» pour chaque covariable.

Résultats

L'échantillon de l'étude comprenait 27 236 répondants. La majorité des répondants étaient des femmes cisgenres (62,6 %), et l'âge moyen était de 21,9 ans (tranche : 18 à 25 ans). L'échantillon était relativement

diversifié sur le plan ethnique (35,1 % de Blancs, 24,6 % d'Asiatiques de l'Est, 14,3 % d'Asiatiques du Sud, 0,7 % de membres des Premières nations, d'Inuits ou de Métis et 25,3 % d'autres minorités visibles).

Les caractéristiques de l'échantillon de l'étude sont présentées dans le tableau 1, en fonction de la consommation à vie de cannabis à des fins non médicales. Dans l'ensemble, 33,8 % des étudiants ont indiqué avoir consommé du cannabis au cours de leur vie. Des différences significatives ont été observées pour toutes les caractéristiques évaluées (genre, orientation sexuelle, race et origine ethnique, type d'étudiant, type de logement et statut d'étudiant).

Adhésion aux recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque

Le taux d'adhésion à chacune des sept RUCMR est présenté dans le tableau 2. La prévalence de la consommation à vie de cannabis à des fins récréatives était de 33,8 %. Parmi les répondants ayant déjà consommé du cannabis (N = 9200), «choisir des produits de cannabis moins puissants» affichait le taux d'observance le plus bas (29,0 %), suivi par « ne pas fumer le cannabis » (36,7 %). « Ne pas consommer de cannabis synthétique » affichait le taux d'observance le plus élevé (96,1 %), suivi de « retarder la consommation de cannabis jusqu'à l'âge de 16 ans » (91,2 %) et « ne pas conduire une voiture ou utiliser d'autres machines après avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues » (88,9 %). Parmi les étudiants qui consommaient ou avaient consommé du cannabis à des fins non médicales, le nombre moyen de recommandations respectées était de 3,8 sur les 7 évaluées.

Corrélat sociodémographiques du respect des recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque

Les résultats des modèles de Poisson à inflation nulle évaluant les corrélats de la consommation de cannabis à vie et le nombre de RUCMR non respectées par les consommateurs à vie sont présentés dans le tableau 3. Les résultats des modèles de régression logistique évaluant les corrélats de chaque RUCMR sont présentés dans le tableau 4.

Genre

Comparativement aux hommes cisgenres, les femmes cisgenres avaient une probabilité

beaucoup plus faible d'avoir consommé ou de consommer du cannabis à des fins non médicales (RCa = 0,82, IC à 95 % : 0,77 à 0,87) et, chez les consommateurs de cannabis, il y avait une incidence moins élevée du non-respect des RUCMR (RTIa = 0,86, IC à 95 % : 0,84 à 0,88). Les plus grandes disparités concernaient les cotes «conduire une voiture ou faire fonctionner de la machinerie après avoir consommé du cannabis» (RCa = 0,5, IC à 95 % : 0,44 à 0,58) et «ne pas limiter la consommation de cannabis» (RCa = 0,53, IC à 95 % : 0,47 à 0,58).

Orientation sexuelle

À l'exception des étudiants asexués, les étudiants non hétérosexuels avaient une probabilité beaucoup plus élevée d'avoir consommé ou de consommer du cannabis à des fins non médicales et les étudiants bisexuels avaient la probabilité la plus élevée (RCa = 3,02, IC à 95 % : 2,74 à 3,34). À l'inverse, les étudiants asexués avaient une probabilité beaucoup plus faible d'avoir consommé ou de consommer du cannabis à des fins non médicales (RCa = 0,67, IC à 95 % : 0,51 à 0,88). Parmi les consommateurs de cannabis à vie, les étudiants bisexuels (RTIa = 1,08, IC à 95 % : 1,05 à 1,12) ont signalé une incidence plus élevée du non-respect des RUCMR que les étudiants hétérosexuels, bien que l'effet soit faible. Le degré de non-respect des RUCMR individuelles était hétérogène parmi les groupes d'étudiants non hétérosexuels, bien qu'il soit plus élevé chez les étudiants bisexuels. En particulier, les étudiants bisexuels ont déclaré être 3,01 fois plus susceptibles d'avoir commencé à consommer du cannabis avant l'âge de 16 ans (RCa = 3,01, IC à 95 % : 2,51 à 3,61).

Race et ethnicité

Les étudiants issus de minorités raciales et ethniques avaient une plus faible probabilité d'avoir consommé ou de consommer du cannabis à des fins non médicales que les étudiants blancs; les étudiants d'Asie de l'Est ayant la plus faible probabilité (RCa = 0,19, IC à 95 % : 0,18 à 0,21), suivi de ceux d'Asie occidentale (RCa = 0,36, IC à 95 % : 0,30 à 0,43), d'Asie du Sud (RCa = 0,36, IC à 95 % : 0,33 à 0,40) et d'Asie du Sud-Est (RCa = 0,38, IC à 95 % : 0,31 à 0,45). À l'inverse, chez les consommateurs de cannabis à vie, la plupart des groupes raciaux et ethniques minoritaires avaient une incidence

plus élevée de cas de non-respect des RUCMR; les élèves inuits, métis et des Premières Nations avaient la fréquence la plus élevée de cas de non-conformité aux RUCMR (RTIa = 1,14; IC à 95 % : 1,01 à 1,29), suivi des étudiants arabes (RTI = 1,11, 1,02 à 1,20) et asiatiques occidentaux (RTI = 1,10, IC à 95 % : 1,03 à 1,17). Les étudiants d'Asie de l'Est ont signalé une incidence plus faible du non-respect des RUCMR chez les consommateurs de cannabis, bien que l'effet ait été faible (RTIa = 0,97, IC à 95 % : 0,93 à 1,00). Comparativement aux étudiants blancs, les étudiants des Premières Nations, inuits ou métis avaient plus du double de probabilité d'avoir commencé à consommer du cannabis avant l'âge de 16 ans (RCa = 2,59, IC à 95 % : 1,65 à 4,07).

Logement

Les élèves vivant seuls étaient plus susceptibles de consommer du cannabis à des fins non médicales que ceux qui vivaient avec leurs parents ou d'autres membres de la famille, et les élèves vivant dans une maison ou un appartement en colocation (RCa = 1,82, IC à 95 % : 1,67 à 1,98) avaient la probabilité la plus élevée. En particulier, ces derniers étaient 1,85 fois plus susceptibles de fumer du cannabis (RCa = 1,85, IC à 95 % : 1,69 à 2,03) que les étudiants vivant avec leur famille. De plus, tous les groupes d'étudiants vivant séparément de leurs parents ou d'autres membres de la famille étaient plus susceptibles de ne pas respecter la recommandation de «limiter la consommation de cannabis à une fois par semaine ou les fins de semaine», et les étudiants vivant dans une maison ou un appartement en colocation avaient les plus fortes probabilités de non-respect des recommandations (1,69, IC à 95 % : 1,46 à 1,94).

Statut d'étudiant international

Les étudiants internationaux avaient des probabilités significativement plus faibles que les étudiants canadiens (RCa = 0,54, IC à 95 % : 0,49 à 0,59) et une incidence légèrement plus faible du non-respect des RUCMR chez les consommateurs (RTIa = 0,96, IC à 95 % : 0,93 à 1,00). Les étudiants internationaux avaient les probabilités les plus élevées de suivre chacune des recommandations individuelles, ainsi que les probabilités comparatives les plus faibles d'inhaler profondément ou de retenir leur souffle lorsqu'ils fument du cannabis (RCa = 0,51, IC à 95 % : 0,44 à

TABEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon en fonction de la consommation à vie de cannabis à des fins non médicales,
enquête WMH-ICS (N = 27 236)

	Pas de consommation à vie de cannabis à des fins non médicales N (% de la ligne)	Consommation à vie de cannabis à des fins non médicales N (% de la ligne)
Total	18 036 (66,22 %)	9 200 (33,78 %)
Genre	*	*
Homme cisgenre	6 263 (66,83 %)	3 108 (33,17 %)
Femme cisgenre	11 371 (66,76 %)	5 661 (33,24 %)
Homme transgenre	39 (53,42 %)	34 (46,58 %)
Femme transgenre	28 (60,87 %)	18 (39,13 %)
Non binaire	223 (44,78 %)	275 (55,22 %)
Bispirituel(le)	7 (38,89 %)	11 (61,11 %)
Autre	87 (49,71 %)	88 (50,29 %)
Orientation sexuelle	*	*
Hétérosexuel(le)	14 096 (70,02 %)	6 036 (29,98 %)
Homosexuel(le)	498 (53,09 %)	440 (46,91 %)
Bisexuel(le)	1 205 (42,46 %)	1 633 (57,54 %)
Asexué(e)	307 (77,72 %)	88 (22,28 %)
En questionnement	893 (66,39 %)	452 (33,61 %)
Autre	332 (51,00 %)	319 (49,00 %)
Race et ethnicité	*	*
Blanc	4 588 (48,98 %)	4 779 (51,02 %)
Premières Nations, Inuit et Métis	101 (52,33 %)	92 (47,67 %)
Hispanique ou Latino	298 (60,20 %)	197 (39,80 %)
Noir	371 (73,47 %)	134 (26,53 %)
Arabe	364 (74,90 %)	122 (25,10 %)
Asiatique de l'Est (Chinois, Coréen, Japonais, etc.)	5 573 (84,98 %)	985 (15,02 %)
Asiatique du Sud-Est (Philippin, Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, etc.)	570 (76,10 %)	179 (23,90 %)
Asiatique du Sud (Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)	2 942 (77,12 %)	873 (22,88 %)
Asiatique de l'Ouest (Afghan, Iranien, etc.)	642 (76,34 %)	199 (23,66 %)
Autre	497 (70,90 %)	204 (29,10 %)
Multiples groupes ethniques	1 688 (57,08 %)	1 269 (42,92 %)
Type d'étudiant	*	*
Étudiant de premier cycle	12 653 (68,70 %)	5 765 (31,30 %)
Étudiant gradué	4 095 (61,64 %)	2 548 (38,36 %)
Autre	1 273 (58,99 %)	885 (41,01 %)
Type de logement	*	*
Avec les parents ou d'autres membres de la famille	8 773 (72,58 %)	3 315 (27,42 %)
Dans sa propre maison ou son appartement	4 493 (60,58 %)	2 924 (39,42 %)
Dans une résidence ou une fraternité appartenant à l'université ou exploitée par elle	1 760 (68,80 %)	798 (31,20 %)
Dans une maison ou un appartement en colocation	2 754 (57,41 %)	2 043 (42,59 %)
Autre	245 (67,49 %)	118 (32,51 %)
Statut d'étudiant	*	*
Étudiant canadien	14 549 (63,93 %)	8 207 (36,07 %)
Étudiant international	3 487 (77,83 %)	993 (22,17 %)

Abréviation : WMH-ICS, World Mental Health-International College Student.

Remarques : La consommation non médicale correspond à une consommation sans ordonnance ou à des doses supérieures à celles prescrites.

Le nombre de données manquantes varie selon les variables. Par conséquent, la somme des effectifs (N) ne correspond pas toujours à la taille totale de l'échantillon de 8 590 répondants. Des tests du khi-carré ont été effectués pour vérifier les différences de taux de traitement entre les catégories. Toutes les tailles de cellules étaient supérieures à 5.

* $p \leq 0,05$.

TABEAU 2
Taux de respect à vie de chacune des recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque évaluées, parmi les étudiants ayant déclaré une consommation à vie de cannabis à des fins non médicales, enquête WMH-ICS (N = 9200)

Recommandation	Taux de respect des consommateurs de cannabis à des fins non médicales
Choisir des produits de cannabis moins puissants	29,0 %
Ne pas fumer le cannabis	36,7 %
Ne jamais inhaler profondément ou retenir sa respiration en fumant du cannabis	64,2 %
Limiter autant que possible la consommation de cannabis	78,2 %
Ne pas conduire une voiture ou d'autres machines après avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues	88,9 %
Avoir retardé la consommation du cannabis jusqu'à l'âge de 16 ans	91,2 %
Ne pas consommer du cannabis synthétique	96,1 %

Abréviation : WMH-ICS, World Mental Health-International College Student.

0,58) et de conduire ou d'utiliser d'autres machines avec facultés affaiblies (RCa = 0,56, IC à 95 % : 0,44 à 0,71).

Les résultats des analyses à une variable non ajustées correspondantes sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

Analyse

Résultats clés

Cette étude a permis d'évaluer la prévalence de la consommation de cannabis et le respect des RUCMR chez les étudiants universitaires ainsi que les différences sociodémographiques dans le respect des RUCMR. De façon optimiste, la plupart des étudiants (66,2 %) ne consommaient pas de cannabis, et parmi les consommateurs de cannabis, il y avait des taux élevés d'évitement du cannabis synthétique (96,1 %), un report de la consommation de cannabis jusqu'à l'âge de 16 ans (91,2 %), un refus de conduire une voiture ou de conduite d'autres machines après avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues (88,9 %) et de limite de la consommation de cannabis autant que possible (78,2 %). Toutefois, les taux de non-fumeurs (36,7 %) et de consommateurs qui choisissent des produits de cannabis moins puissants (29,0 %) sont faibles. L'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire (ECCADEEP) et l'Enquête canadienne sur le cannabis (ECS) ont fait état de taux plus élevés de consommation de cannabis parmi les étudiants : l'ECCADEEP a fait état d'une prévalence de 39,5 % sur 12 mois et l'ECS d'une prévalence de

39,2 % sur 12 mois^{28,29}. Ces différences peuvent être le reflet de la pondération de l'ECCADEEP et de l'ECS en fonction du sexe et de l'âge, ainsi que de la rigueur académique des universités canadiennes interrogées dans le cadre de cette étude : des recherches ont montré qu'une consommation fréquente de cannabis réduit la probabilité de s'inscrire dans un établissement d'enseignement postsecondaire et d'obtenir un diplôme^{28,29}. Les tendances en matière de respect des recommandations chez les consommateurs de cannabis correspondent globalement à celles de la population générale : l'étude internationale sur les politiques relatives au cannabis de 2018 a également révélé que «fumer du cannabis» et «consommer du cannabis à teneur élevée» étaient les recommandations les plus souvent non respectées par les Canadiens et les Américains de 16 à 65 ans¹⁸.

Les faibles taux de «choisir des produits de cannabis moins puissants» peuvent être en partie attribuables au manque de connaissances. Parmi les consommateurs de cannabis de l'échantillon étudié, 18,2 % connaissaient l'existence du THC et du CBD mais ignoraient leurs différentes propriétés et 2,7 % ne connaissaient pas du tout leur existence. Les utilisateurs ayant moins de connaissances sur le THC/CBD étaient significativement moins enclins à suivre la recommandation «choisir des produits de cannabis moins puissants». Des résultats similaires ont été enregistrés chez les adultes canadiens et américains : de faibles proportions de consommateurs de cannabis sur 12 mois utilisaient des produits à teneur égale ou supérieure en CBD et une proportion importante ont

déclaré ne pas connaître les teneurs relatives dans les produits qu'ils consomment habituellement³¹. Il est important de noter la faible disponibilité de produits de cannabis moins puissants : une analyse de 2022 des offres des commerces de cannabis de l'Ontario a révélé que la grande majorité des produits d'inhalation (94 % à 100 %) avaient une forte concentration de THC³². Ces résultats s'ajoutent aux preuves de plus en plus nombreuses qui soulignent la nécessité d'une sensibilisation sur les nuances de la consommation de cannabis à moindre risque, ainsi que sur la disponibilité de produits de cannabis à moindre risque. Il convient de noter que Wood et ses collaborateurs ont récemment proposé un système simplifié d'étiquetage des produits basé sur les «unités canadiennes de THC», qui pourrait être intégré aux futures RUCMR et sur les étiquettes des produits du cannabis, afin de permettre aux consommateurs de cannabis d'évaluer plus facilement et plus précisément leurs niveaux de dosage de THC pour différents types de produits et modes d'administration³³.

Les hommes, les étudiants non hétérosexuels, les élèves vivant en colocation et les étudiants canadiens étaient plus susceptibles de consommer du cannabis et, parmi les consommateurs, ce sont ceux qui ont fait état d'une consommation plus risquée. Si les étudiants blancs étaient les plus susceptibles de consommer du cannabis, parmi les consommateurs, les groupes d'étudiants non blancs (à l'exception des étudiants d'Asie de l'Est et des «autres» étudiants) sont ceux qui ont fait état d'une consommation plus risquée. Ces résultats sont généralement conformes à la littérature. Par exemple, l'utilisation plus fréquente, plus intensive et plus risquée chez les hommes a été bien documentée et peut être influencée par les normes relatives au genre³⁴. En outre, l'ECS a également signalé une prévalence élevée de consommation de cannabis chez les personnes appartenant à une minorité sexuelle et de genre, ce qui pourrait découler de son rôle dans l'adaptation aux facteurs de stress sociétaux et de l'ouverture de ces communautés^{29,35}. L'ECCADEEP a également fait état des taux les plus élevés de consommation de cannabis chez les étudiants de niveau postsecondaire autochtones, multiraciaux et blancs²⁸. Il est intéressant de noter que les jeunes Américains, les Noirs, les Autochtones, les Hispaniques et les Américains d'origine asiatique ont fait état d'une probabilité

TABLEAU 3
Rapports de cotes ajustés à plusieurs variables pour la consommation à vie de cannabis
à des fins non médicales et rapports d'incidence ajustés à plusieurs variables pour
le nombre de recommandations non respectées pour l'usage du cannabis à
moindre risque, enquête WMH-ICS

	Partie 1 : RC ajustés à plusieurs variables de la consommation à vie de cannabis N = 25 709	Partie 2 : RTI ajustés à plusieurs variables pour le nombre de recommandations à moindre risque non respectées N = 8 934
Genre		
Homme cisgenre	Référence	Référence
Femme cisgenre	0,82 (0,77 à 0,87)*	0,86 (0,84 à 0,88)*
Homme transgenre	0,65 (0,36 à 1,17)	0,92 (0,77 à 1,10)
Femme transgenre	0,75 (0,31 à 1,83)	0,65 (0,49 à 0,87)*
Non binaire	1,10 (0,88 à 1,38)	0,95 (0,90 à 1,01)
Bispirituel(le)	1,46 (0,46 à 4,59)	0,86 (0,61 à 1,21)
Autre	0,93 (0,65 à 1,32)	0,93 (0,83 à 1,05)
Orientation sexuelle		
Hétérosexuel(le)	Référence	Référence
Homosexuel(le)	1,74 (1,49 à 2,02)*	1,01 (0,96 à 1,06)
Bisexuel(le)	3,02 (2,74 à 3,34)*	1,08 (1,05 à 1,12)*
Asexué(e)	0,67 (0,51 à 0,88)*	0,90 (0,80 à 1,01)
En questionnement	1,30 (1,14 à 1,48)*	1,03 (0,98 à 1,09)
Autre	1,86 (1,53 à 2,25)*	1,05 (0,98 à 1,11)
Race et ethnicité		
Blanc	Référence	Référence
Premières Nations, Inuit et Métis	0,78 (0,57 à 1,06)	1,14 (1,01 à 1,29)*
Hispanique ou Latino	0,78 (0,63 à 0,96)*	1,00 (0,93 à 1,08)
Noir	0,41 (0,33 à 0,51)*	1,09 (1,01 à 1,17)*
Arabe	0,40 (0,32 à 0,50)*	1,11 (1,02 à 1,20)*
Asiatique de l'Est (Chinois, Coréen, Japonais, etc.)	0,19 (0,18 à 0,21)*	0,97 (0,93 à 1,00)*
Asiatique du Sud-Est (Philippin, Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, etc.)	0,38 (0,31 à 0,45)*	1,05 (0,98 à 1,13)
Asiatique du Sud (Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)	0,36 (0,33 à 0,40)*	1,06 (1,02 à 1,10)*
Asiatique de l'Ouest (Afghan, Iranien, etc.)	0,36 (0,30 à 0,43)*	1,10 (1,03 à 1,17)*
Autre	0,44 (0,37 à 0,53)*	0,95 (0,88 à 1,03)
Multiples groupes ethniques	0,76 (0,69 à 0,84)*	1,06 (1,03 à 1,10)*
Type de logement		
Avec les parents ou d'autres membres de la famille	Référence	Référence
Dans sa propre maison ou son appartement	1,39 (1,28 à 1,51)*	1,02 (0,99 à 1,05)
Dans une résidence ou une fraternité appartenant à l'université ou exploitée par elle	1,44 (1,29 à 1,61)*	1,00 (0,96 à 1,04)
Dans une maison ou un appartement en colocation	1,82 (1,67 à 1,98)*	1,06 (1,03 à 1,09)*
Autre	1,05 (0,81 à 1,36)	1,08 (0,98 à 1,20)
Statut d'étudiant		
Étudiant canadien	Référence	Référence
Étudiant international	0,54 (0,49 à 0,59)*	0,96 (0,93 à 1,00)*

Abréviations : RC, rapports de cotes; RTI, rapports de taux d'incidence; RUCMR, recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque; WMH-ICS, World Mental Health-International College Student.

Remarques : Chacun des rapports de cotes ajustés à plusieurs variables et chacune des différences de risque ajustées à plusieurs variables sont ajustés pour tous les autres prédicteurs du tableau ainsi que pour l'âge.

Les rapports d'incidence pour le nombre de RUCMR ont été calculés parmi l'échantillon des consommateurs à vie de cannabis à des fins non médicales.

* $p \leq 0,05$.

TABEAU 4
Rapports de cotes ajustés à plusieurs variables pour non-respect de chacune des sept recommandations relatives à la consommation de cannabis à faible risque ayant été évaluées, enquête WMH-ICS

	RCa à plusieurs variables « Retarder la consommation de cannabis jusqu'à l'âge de 16 ans »	RCa à plusieurs variables « Choisir des produits de cannabis moins puissants »	RCa à plusieurs variables « Choisir des produits de cannabis synthétique »	RCa à plusieurs variables « Fumer le cannabis »	RCa à plusieurs variables « Inhaler profondément ou retenir son souffle en fumant du cannabis »	RCa à plusieurs variables « Ne pas limiter la consommation de cannabis à une fois par semaine ou aux fins de semaine »	RCa à plusieurs variables « Conduire une voiture ou utiliser d'autres machines sous l'influence du cannabis »
Genre							
Homme cisgenre	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Femme cisgenre	0,63 (0,54 à 0,74)*	0,69 (0,65 à 0,74)*	0,66 (0,53 à 0,83)*	0,74 (0,69 à 0,79)*	0,71 (0,65 à 0,77)*	0,53 (0,47 à 0,58)*	0,50 (0,44 à 0,58)*
Autres (y compris transgenre, non binaire et bispirituel[le])	0,95 (0,69 à 1,30)	0,74 (0,62 à 0,88)*	0,70 (0,40 à 1,22)	0,92 (0,77 à 1,11)	0,95 (0,77 à 1,16)	0,90 (0,71 à 1,14)	0,67 (0,46 à 0,96)
Orientation sexuelle							
Hétérosexuel(le)	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Homosexuel(le)	1,25 (0,87 à 1,79)	1,53 (1,31 à 1,78)*	1,90 (1,20 à 3,02)*	1,45 (1,24 à 1,69)*	1,63 (1,36 à 1,95)*	1,37 (1,09 à 1,73)	0,97 (0,69 à 1,36)
Bisexuel(le)	3,01 (2,51 à 3,61)*	2,04 (1,87 à 2,24)*	2,33 (1,74 à 3,12)*	2,32 (2,11 à 2,54)*	2,44 (2,19 à 2,72)*	2,60 (2,28 à 2,96)*	1,72 (1,41 à 2,09)*
Asexué(e)	1,16 (0,62 à 2,17)	0,61 (0,45 à 0,82)*	1,53 (0,67 à 3,5)	0,56 (0,41 à 0,76)*	0,72 (0,50 à 1,05)	0,45 (0,25 à 0,83)	0,80 (0,41 à 1,57)
En questionnement	1,88 (1,4 à 2,52)*	1,20 (1,05 à 1,38)	1,30 (0,79 à 2,15)	1,11 (0,96 à 1,28)	1,28 (1,08 à 1,53)*	1,52 (1,22 à 1,89)*	1,43 (1,05 à 1,93)
Autre	2,04 (1,41 à 2,95)*	1,52 (1,26 à 1,83)*	1,78 (0,98 à 3,21)	1,40 (1,15 à 1,70)*	1,63 (1,31 à 2,04)*	2,11 (1,63 à 2,74)*	1,55 (1,06 à 2,25)
Race et ethnicité							
Blanc	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Premières Nations, Inuit et Métis	2,59 (1,65 à 4,07)*	0,79 (0,57 à 1,10)	1,07 (0,39 à 2,95)	1,00 (0,73 à 1,39)	1,11 (0,75 à 1,65)	1,47 (0,98 à 2,22)	0,98 (0,54 à 1,78)
Hispanique ou Latino	0,65 (0,38 à 1,14)	0,97 (0,79 à 1,20)	0,74 (0,32 à 1,72)	0,94 (0,76 à 1,16)	0,91 (0,69 à 1,21)	0,74 (0,52 à 1,05)	0,66 (0,39 à 1,11)
Noir	0,24 (0,10 à 0,57)*	0,66 (0,53 à 0,82)*	0,40 (0,13 à 1,28)	0,58 (0,46 à 0,74)*	0,88 (0,66 à 1,16)	0,67 (0,46 à 0,96)	0,53 (0,29 à 0,95)
Arabe	0,53 (0,28 à 1,01)	0,6 (0,48 à 0,76)*	0,71 (0,29 à 1,77)	0,57 (0,45 à 0,73)*	0,70 (0,51 à 0,95)	0,96 (0,69 à 1,34)	0,39 (0,19 à 0,79)

Suite à la page suivante

TABEAU 4 (suite)
Rapports de cotes ajustés à plusieurs variables pour non-respect de chacune des sept recommandations relatives à la consommation de cannabis à faible risque ayant été évaluées, enquête WMH-ICS

	RCa à plusieurs variables « Retarder la consommation de cannabis jusqu'à l'âge de 16 ans »	RCa à plusieurs variables « Choisir des produits de cannabis moins puissants »	RCa à plusieurs variables « Choisir des produits de cannabis synthétique »	RCa à plusieurs variables « Fumer le cannabis »	RCa à plusieurs variables « Inhaler profondément ou retenir son souffle en fumant du cannabis »	RCa à plusieurs variables « Ne pas limiter la consommation de cannabis à une fois par semaine ou aux fins de semaine »	RCa à plusieurs variables « Conduire une voiture ou utiliser d'autres machines sous l'influence du cannabis »
Asiatique de l'Est (Chinois, Coréen, Japonais, etc.)	0,25 (0,20 à 0,33)*	0,29 (0,26 à 0,32)*	0,50 (0,36 à 0,70)*	0,22 (0,20 à 0,25)*	0,29 (0,26 à 0,34)*	0,18 (0,15 à 0,22)*	0,52 (0,42 à 0,63)*
Asiatique du Sud-Est (Philippin, Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, etc.)	0,37 (0,20 à 0,67)*	0,57 (0,47 à 0,69)*	0,92 (0,48 à 1,76)	0,48 (0,39 à 0,59)*	0,61 (0,47 à 0,79)*	0,53 (0,38 à 0,75)*	0,61 (0,38 à 1,00)
Asiatique du Sud (Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)	0,36 (0,27 à 0,48)*	0,51 (0,46 à 0,56)*	0,53 (0,35 à 0,81)*	0,53 (0,48 à 0,59)*	0,66 (0,58 à 0,75)*	0,51 (0,43 à 0,61)*	0,51 (0,40 à 0,66)*
Asiatique de l'Ouest (Afghan, Iranien, etc.)	0,32 (0,17 à 0,60)*	0,53 (0,44 à 0,64)*	0,80 (0,41 à 1,56)	0,59 (0,49 à 0,71)*	0,82 (0,65 à 1,04)	0,43 (0,3 à 0,61)*	0,53 (0,34 à 0,83)*
Autre	0,48 (0,28 à 0,80)*	0,53 (0,44 à 0,65)*	0,44 (0,18 à 1,08)	0,54 (0,44 à 0,66)*	0,51 (0,39 à 0,68)*	0,65 (0,48 à 0,89)*	0,73 (0,48 à 1,10)
Multiples groupes ethniques	0,86 (0,7 à 1,07)	0,89 (0,81 à 0,98)	1,12 (0,81 à 1,53)	0,95 (0,86 à 1,04)	1,06 (0,94 à 1,19)	0,87 (0,75 à 1,01)	1,02 (0,83 à 1,25)
Type de logement							
Avec les parents ou d'autres membres de la famille	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Dans sa propre maison ou son appartement	1,35 (1,09 à 1,66)*	1,27 (1,17 à 1,39)*	1,37 (1,00 à 1,89)	1,34 (1,23 à 1,47)*	1,22 (1,09 à 1,37)*	1,65 (1,43 à 1,90)*	1,11 (0,93 à 1,34)
Dans une résidence ou une fraternité appartenant à l'université ou exploitée par elle	1,15 (0,87 à 1,51)	1,38 (1,23 à 1,54)*	1,05 (0,69 à 1,61)	1,50 (1,34 à 1,69)*	1,34 (1,17 à 1,55)*	1,22 (1,00 à 1,48)	0,83 (0,61 à 1,13)
Dans une maison ou un appartement en colocation	1,62 (1,32 à 1,99)*	1,63 (1,49 à 1,78)*	1,38 (1,01 à 1,89)	1,85 (1,69 à 2,03)*	1,66 (1,49 à 1,85)*	1,69 (1,46 à 1,94)*	1,20 (0,99 à 1,46)
Autre	1,47 (0,82 à 2,62)	1,16 (0,90 à 1,51)	1,01 (0,37 à 2,72)	1,04 (0,78 à 1,39)	1,10 (0,78 à 1,55)	1,53 (1,03 à 2,28)	1,12 (0,65 à 1,93)
Statut d'étudiant							
Étudiant canadien	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Étudiant international	0,64 (0,5 à 0,84)*	0,64 (0,58 à 0,70)*	0,76 (0,53 à 1,09)	0,63 (0,57 à 0,69)*	0,51 (0,44 à 0,58)*	0,62 (0,53 à 0,74)*	0,56 (0,44 à 0,71)*

Abréviations : RCa, rapport de cotes ajusté; WMH-ICS, World Mental Health-International College Student.

Remarques : Les rapports de cotes ajustés ont été calculés à l'aide d'une régression logistique à plusieurs variables.

Les rapports de cotes ajustés à plusieurs variables sont ajustés pour tous les autres prédicteurs du tableau, ainsi que pour l'âge.

* $p \leq 0,007$ ($p \leq 0,05$ après correction de Bonferroni).

plus élevée de troubles liés à la consommation de cannabis que leurs homologues blancs au cours de la dernière année, ce qui confirme la tendance observée dans nos données et souligne l'importance de cibler le sous-groupe de population des consommateurs appartenant à une minorité raciale ou ethnique³⁶.

Points forts et limites

Cette étude comporte plusieurs points forts et limites clés. Il semble s'agir de la première étude sur le respect des RUCMR chez les étudiants universitaires au Canada. La compréhension des taux de respect des RUCMR et des corrélations sociodémographiques connexes au sein de cette population fournit des renseignements importants pour éclairer les initiatives d'intervention et de prévention ciblées dans une population où la consommation de cannabis et la consommation risquée de cannabis sont courantes³⁰. L'un des principaux atouts méthodologiques de l'enquête transversale répétée a été l'utilisation d'un échantillonnage aléatoire stratifié hebdomadaire (selon le genre, l'âge, le niveau d'études et l'année ainsi que le statut d'étudiant) pour recruter un vaste échantillon d'étudiants. En outre, des efforts ont été déployés pour réduire le biais des non-répondants en utilisant une stratégie de recrutement en plusieurs étapes²⁵. Plusieurs limites doivent également être prises en compte. Premièrement, si notre stratégie d'échantillonnage aléatoire stratifié a permis d'obtenir un échantillon représentatif des personnes invitées à participer à l'enquête, notre échantillon n'a pas été pondéré pour améliorer la représentativité des répondants. En outre, l'évaluation de la consommation de cannabis s'est limitée à une consommation à vie, ce qui a empêché l'évaluation de la fréquence et de la récurrence de la consommation. Pour certains, la « consommation à vie » peut simplement correspondre à une consommation unique. En outre, notre étude a porté sur le respect des RUCMR de 2017 par opposition à la version 2022 la plus récente, puisque nos données ont été recueillies entre 2020 et 2022. Bien que les RUCMR de 2017 demeurent citées par Santé Canada et qu'elles chevauchent en grande partie les RUCMR de 2022, une recommandation clé que nous n'avons pas évaluée est l'évitement du vapotage¹⁷. Les RUCMR de 2022 tiennent compte du fait que le vapotage présente un niveau d'exposition aux

toxines plus faible que le tabagisme, mais soulignent qu'il comporte toujours les risques associés à l'inhalation du cannabis et à l'exposition potentielle à d'autres contaminants, ce qui en fait un comportement significatif pour une étude future⁸. Enfin, la généralisation des résultats de cette étude est limitée par les quatre universités auprès desquelles des étudiants ont été recrutés : l'échantillon ne comprend pas les données des nombreux collèges et des petites universités du Canada qui ont présentement des taux de consommation de cannabis plus élevés que ceux de cette étude.

Conclusion

À notre connaissance, c'est la première étude à porter sur le respect des RUCMR chez les étudiants universitaires canadiens, une population à part, qui offre la possibilité d'entreprendre des initiatives ciblées en santé publique. Bien que nos résultats révèlent plusieurs tendances encourageantes en matière de réduction des méfaits, ils mettent également en évidence des lacunes importantes dans le respect des RUCMR, particulièrement en ce qui a trait aux méthodes de consommation et à la puissance des produits du cannabis. Bien que certains de ces comportements puissent refléter des préférences personnelles, notre étude indique qu'il subsiste d'importantes lacunes en matière de connaissances. Les interventions futures devraient viser à combler directement ces lacunes. Dans le milieu universitaire, il peut s'agir d'événements d'orientation, d'affiches sur le campus et de messages diffusés par les services de santé et de bien-être des étudiants. Les résidences universitaires, avec leur structure centralisée et leurs réseaux de communication intégrés, offrent également un environnement idéal pour la diffusion des connaissances. L'adoption d'une unité standard de THC sur les étiquettes de cannabis et la disponibilité accrue de produits de cannabis moins puissants sont également nécessaires pour faciliter la consommation à moindre risque.

Remerciements

Santé Canada a financé la recherche (subvention 1920-HQ-000069).

Conflit d'intérêts

Aucun à déclarer.

Contributions des auteurs et avis

JP, LJ, CR., RM et DV ont conçu l'étude. JP, CR et RM étaient responsables de la gestion des données et de l'analyse formelle. LJ, KH, AW et LM ont assuré l'administration du projet. JP, LJ et CR ont rédigé la première version du manuscrit. Tous les auteurs ont relu et corrigé le manuscrit. Tous les auteurs ont approuvé la version finale du manuscrit.

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

Références

1. United Nations. World Drug Report 2019, Booklet 5 : Cannabis and hallucinogens. [Internet]. United Nations; 2019 [consultation le 7 juillet 2025]. En ligne à : <https://digitallibrary.un.org/record/3830902?v=pdf>
2. Fischer B, Russell C, Boyd N. A century of cannabis control in Canada: a brief overview of history, context and policy frameworks from prohibition to legalization. 1^e éd. Routledge; 2020.
3. Santé Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017 [Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2017.html>
4. Justice Canada. *Loi sur le cannabis* (L.C. 2018, ch. 16) [Internet]. Ottawa (ON) : Justice Canada; 2025 [consultation le 7 juillet 2025]. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-24.5/>
5. Goodman S, Dann MJ, Fataar F, Abramovici H. How have cannabis use and related indicators changed since legalization of cannabis for non-medical purposes? Results of the Canadian Cannabis Survey 2018-2022. *Int J Drug Policy*. 2024;127:104385. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104385>

6. Bannigan P, Evans JC, Allen C. Shifting the paradigm on cannabis safety. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2022;7(1):3-10. <https://doi.org/10.1089/can.2020.0003>
7. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet.* 2009;374(9698):1383-91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61037-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61037-0)
8. Fischer B, Robinson T, Bullen C, Curran V, Jutras-Aswad D, Medina-Mora ME, et al. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: a comprehensive evidence and recommendations update. *Int J Drug Policy.* 2022;99:103381. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103381>
9. Memedovich KA, Dowsett LE, Spackman E, Noseworthy T, Clement F. The adverse health effects and harms related to marijuana use: an overview review. *CMAJ Open.* 2018;6(3):E339-346. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180023>
10. Cohen K, Weizman A, Weinstein A. Positive and negative effects of cannabis and cannabinoids on health. *Clin Pharmacol Ther.* 2019;105(5):1139-1147. <https://doi.org/10.1002/cpt.1381>
11. Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30(6):718-729. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.001>
12. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci.* 1999;2(10):861-863. <https://doi.org/10.1038/13158>
13. Myran DT, Gibb M, Pugliese M, Fiedorowicz JG, Anderson KK, Ramsay T, et al. Incidence of psychotic disorders by birth cohort: a population-based cohort study in Ontario, Canada. *CMAJ.* 2026;198(4):E118-127. <https://doi.org/10.1503/cmaj.250926>
14. Fischer B, Rehm J, Hall W. Cannabis Use in Canada: the need for a “public health” approach. *Can J Public Health.* 2009;100(2):101-103. <https://doi.org/10.1007/BF03405515>
15. Fischer B, Jeffries V, Hall W, Room R, Goldner E, Rehm J. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines for Canada (LRCUG): a narrative review of evidence and recommendations. *Can J Public Health.* 2011;102(5):324-327. <https://doi.org/10.1007/BF03404169>
16. Fischer B, Russell C, Sabioni P, van den Brink W, Le Foll B, Hall W, et al. Lower-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>
17. Santé Canada. Recommandations canadiennes pour l’usage du cannabis à moindre risque [Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2020 [consultation le 28 avril 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/ressources/recommandations-usage-cannabis-moins-risque.html>
18. Goodman S, Fischer B, Hammond D. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: adherence in Canada and the U.S. *Am J Prev Med.* 2020;59(6):e211-220. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.06.015>
19. Lee CR, Lee A, Goodman S, Hammond D, Fischer B. The Lower-Risk Cannabis Use Guidelines’ (LRCUG) recommendations: how are Canadian cannabis users complying? *Prev Med Rep.* 2020; 20:101187. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101187>
20. Grant CN, Bélanger RE. Cannabis and Canada’s children and youth. *Paediatr Child Health.* 2017;22(2):98-102. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx017>
21. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol.* 2018; 127(7):623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
22. Cuijpers P, Auerbach RP, Benjet C, Bruffaerts R, Ebert D, Karyotaki E, et al. The World Health Organization World Mental Health International College Student initiative: an overview. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2019;28(2):e1761. <https://doi.org/10.1002/mpr.1761>
23. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(2):93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
24. Qualtrics XM. Provo, Utah, USA : Qualtrics; 2025.
25. Jones LB, Judkowitz C, Hudec KL, Munthali RJ, Prescivalli AP, Wang AY, et al. The World Mental Health International College Student Survey in Canada: protocol for a mental health and substance use trend study. *JMIR Res Protoc.* 2022;11(7):e35168. <https://doi.org/10.2196/35168>
26. Association American for Public Opinion Research. Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys [Internet]. American Association for Public Opinion Research; 2023. En ligne à : <https://aapor.org/wp-content/uploads/2023/05/Standards-Definitions-10th-edition.pdf>
27. Stata Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LLC; 2025.
28. Santé Canada. Consommation de drogues et d’alcool au Canada : étudiants post-secondaires [Infobase Santé, Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2025. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/consommation-de-substances/eccadeep/>
29. Santé Canada. Enquête canadienne sur le cannabis de 2024 : Sommaire [Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2024 [consultation le 23 novembre 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2024-summary.html>

-
30. Maggs JL, Staff J, Kloska DD, Patrick ME, O'Malley PM, Schulenberg J. Predicting young adult degree attainment by late adolescent marijuana use. *J Adolesc Health*. 2015;57(2):205-211. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.028>
 31. Hammond D, Goodman S. Knowledge of tetrahydrocannabinol and cannabidiol levels among cannabis consumers in the United States and Canada. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2022;7(3):345-354. <https://doi.org/10.1089/can.2020.0092>
 32. Tassone F, Di Ciano P, Liu Y, Rueda S. On offer to Ontario consumers three years after legalization: a profile of cannabis products, cannabinoid content, plant type, and prices. *Front Psychiatry*. 2023;14:1111330. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1111330>
 33. Wood S, Gabrys R, Freeman T, Hammond D. Canada's THC unit: applications for the legal cannabis market. *Int J Drug Policy*. 2024;128:104457. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104457>
 34. Hemsing N, Greaves L. Gender norms, roles and relations and cannabis-use patterns: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):947. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030947>
 35. Santé Canada. Consommation de cannabis chez les minorités sexuelles et de genre au Canada – perspectives et expériences après la légalisation. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2023. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2024/sc-hc/H14-596-2024-fra.pdf
 36. Wu LT, Brady KT, Mannelli P, Killeen TK; NIDA AAPI Workgroup. Cannabis use disorders are comparatively prevalent among nonwhite racial/ethnic groups and adolescents: a national study. *J Psychiatr Res*. 2014;50:26-35. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.11.010>

Recherche quantitative originale

Troubles concomitants de santé mentale et d'usage de substances chez les adultes canadiens pendant la pandémie de COVID-19 : une étude basée sur la population

Cindy Feng, Ph. D.; Mark Asbridge, Ph. D.

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

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

Résumé

Introduction. Les troubles concomitants, définis ici comme la cooccurrence de troubles de santé mentale (TSM) et de troubles liés à l'usage de substances (TUS), posent des problèmes de traitement et de santé publique. Cette étude se penche sur la prévalence et les caractéristiques associées aux TSM uniquement, aux TUS uniquement et aux troubles concomitants chez les Canadiens de 15 ans et plus pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Nous avons analysé les données de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS) de 2022, une enquête transversale menée auprès des Canadiens de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces ($n = 9\ 861$). Les TSM et les TUS ont été évalués à l'aide de l'Entrevue composite diagnostique internationale de l'OMS. Les répondants ont été classés en quatre groupes : aucun trouble, TSM uniquement, TUS uniquement et troubles concomitants. Une régression logistique multinomiale a permis de déterminer les caractéristiques sociodémographiques, sanitaires et liées à la pandémie associées à ces catégories de troubles, en utilisant les poids de l'enquête et des méthodes *bootstrap*.

Résultats. Parmi les répondants, 1,6 % présentaient des troubles concomitants, 12,2 % des TSM uniquement et 1,6 % des TUS uniquement. Les jeunes adultes, en particulier ceux de 20 à 24 ans, et les personnes issues de la communauté 2ELGBTQI+ présentaient un risque élevé de troubles concomitants. Les autres corrélats étaient un faible niveau de scolarité, une résidence en milieu rural, un faible sentiment d'appartenance et des déficiences fonctionnelles. Les facteurs de stress liés à la pandémie (solitude, difficultés financières et difficultés d'accès aux soins) ont été fortement associés aux troubles concomitants.

Conclusion. Cette étude met en évidence la prévalence et les principaux corrélats des TSM, des TUS et des troubles concomitants chez les adultes canadiens pendant la pandémie de COVID-19. Les populations vulnérables sont les jeunes, les minorités sexuelles et de genre ainsi que les personnes confrontées à l'isolement social ou à des besoins en matière de soins non satisfaits. Ces résultats soulignent l'importance d'assurer des services de santé mentale et de consommation de substances intégrés et accessibles dans le cadre du rétablissement post-pandémique du Canada.

Mots-clés : *troubles concomitants, troubles de la santé mentale, troubles liés à l'usage de substances, pandémie de COVID-19*



Points saillants

- La cooccurrence de troubles de la santé mentale et de troubles liés à l'usage de substances (troubles concomitants) est passée de 1,2 % en 2012 à 1,6 % en 2022.
- La prévalence des troubles en santé mentale uniquement a presque doublé, passant de 6,1 % en 2012 à 12,2 % en 2022, alors que celle des troubles liés à l'usage de substances uniquement a diminué, passant de 3,8 % à 1,6 %.
- Les troubles concomitants sont plus fréquents chez les jeunes adultes (20 à 24 ans), les personnes issues de la communauté 2ELGBTQI+ et celles qui ont un faible sentiment d'appartenance sociale.
- Les habitants des zones rurales, les personnes ayant un faible niveau de scolarité et celles dont les besoins en matière de soins n'étaient pas satisfaits présentent des taux plus élevés de ces troubles.
- Les facteurs de stress liés à la pandémie, tels que la solitude et les difficultés financières, sont fortement liés au risque pour toutes les catégories de troubles.

Rattachements des auteurs :

Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Cindy Feng, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université Dalhousie, Centre de recherche clinique, 5790, Avenue Université, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1V7; tél. : 902-494-3860; courriel : cindy.feng@dal.ca

Introduction

Les troubles de la santé mentale (TSM) et les troubles liés à l'usage de substances (TUS) font partie des défis de santé publique les plus urgents et les plus interdépendants au monde^{1,2}. Ces affections souvent chroniques contribuent de manière substantielle au handicap, à la réduction de la productivité et à la mortalité^{1,3}. Au Canada, près d'une personne sur trois répond aux critères d'au moins un TSM ou d'un TUS au cours de sa vie⁴.

La cooccurrence fréquente des TSM et des TUS, souvent appelée troubles concomitants ou double diagnostic, est particulièrement préoccupante⁵, avec une prévalence estimée à environ 1,2 % pour les 12 derniers mois, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012⁶. Les troubles concomitants sont associés à des symptômes cliniques plus graves, à des résultats dans la dimension sociale plus médiocres et à des obstacles plus importants à l'obtention de soins⁷⁻⁹. Les troubles concomitants résulteraient d'une interaction complexe de facteurs de risque partagés et de relations causales bidirectionnelles. Il s'agit notamment des adversités survenues au début de la vie, en particulier les traumatismes et les abus^{10,11}, l'exposition au stress chronique¹², la vulnérabilité génétique¹³ et des voies neurobiologiques qui se chevauchent¹⁴. Les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété non traitées peuvent se tourner vers l'usage de substances comme forme d'automédication, tandis qu'une consommation prolongée de substances peut à son tour exacerber ou précipiter une maladie mentale¹⁴⁻¹⁸. Ces mécanismes aboutissent souvent à un cycle d'aggravation des symptômes, à des taux plus élevés de recours aux soins d'urgence et à une moindre rétention du traitement lorsque les soins sont fragmentés^{9,19,20}.

Malgré l'importance clinique bien reconnue des troubles concomitants, la plupart des recherches épidémiologiques ont jusqu'à présent étudié les TSM et les TUS comme des problèmes de santé distincts, ce qui limite notre compréhension de leur chevauchement dans les populations. Une grande partie de la littérature dont on dispose est basée sur des échantillons cliniques ou en quête de traitement^{21,22}, qui sont susceptibles de ne pas refléter l'ensemble du fardeau de la maladie au sein de la population générale. Bien qu'il existe des études sur les troubles concomitants,

nombre d'entre elles sont axées sur des sous-groupes particuliers tels que les adolescents, les populations cliniques ou les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire²³⁻²⁵. Au Canada, la plupart des recherches à l'échelle de la population s'appuient sur des données d'enquête recueillies il y a plus de dix ans^{6,8}, qui sont susceptibles de ne pas refléter les tendances actuelles ou l'évolution du paysage des troubles concomitants. Il existe un besoin crucial d'études actualisées, basées sur la population, afin de mieux comprendre les troubles concomitants et de soutenir une planification efficace en santé publique.

Pour comprendre ce paysage en évolution, il est essentiel de comprendre comment les déterminants sociaux et structurels ont façonné ces conditions cooccurrentes²⁶⁻²⁸. De nouvelles données indiquent que la pandémie de COVID-19 a été associée à une augmentation des symptômes de dépression et d'anxiété, de la solitude et de l'isolement social, des difficultés financières et des perturbations dans l'accès aux services de santé mentale et d'aide aux toxicomanes²⁹⁻³¹. Ces facteurs de stress et les perturbations des services ont probablement amplifié les vulnérabilités préexistantes et interagi avec elles, contribuant à des schémas complexes et hétérogènes de TSM et de TUS au cours de cette période. Cependant, la plupart des études réalisées pendant la période pandémique ont porté séparément sur les TSM et les TUS, présentant relativement peu de données probantes basées sur la population concernant leur cooccurrence^{22,29-36}.

Pour combler ces lacunes, nous avons utilisé les données de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS)³⁷, une enquête menée en 2022 auprès de la population canadienne de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces. Recueillies au cours de la dernière phase de la pandémie de COVID-19, ces données donnent un aperçu du fardeau que représentent les TSM, les TUS et leur cooccurrence au cours d'une période de perturbation sociale et de pression sur le système de santé.

Méthodologie

Conception de l'étude et sources de données

Cette étude a analysé les données de la collection de fichiers de microdonnées à grande diffusion (FMGD) de l'ESMAS, une

enquête transversale menée par Statistique Canada entre le 17 mars et le 31 juillet 2022³⁷. La population cible comprenait les personnes de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces canadiennes, à l'exclusion des personnes vivant sur les réserves, des membres à temps plein des Forces canadiennes et des résidents de logements collectifs (par exemple en institution). L'ESMAS a été conçue pour évaluer la santé mentale et l'accès aux soins dans le contexte de la pandémie de COVID-19, en recueillant des renseignements détaillés sur les symptômes psychologiques, l'utilisation des services et diverses caractéristiques sociodémographiques. L'échantillon de l'ESMAS a été constitué à partir des répondants à la version longue du recensement de 2021. Sur les 39 485 ménages invités, 9 861 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 25 %. Pour assurer la représentativité de la population des ménages dans les provinces, Statistique Canada a appliqué des poids d'échantillonnage qui tiennent compte de la complexité de la conception de l'enquête et de l'absence de réponse.

Variables et mesures de l'étude

Variable des résultats

Les TSM et les TUS ont été évalués à l'aide de l'adaptation canadienne de l'Entrevue composite diagnostique internationale de l'Organisation mondiale de la santé (CIDI-OMS)³⁸, un outil de diagnostic normalisé et largement validé, conçu pour la recherche épidémiologique. Administrée par des enquêteurs qualifiés, la CIDI-OMS applique les critères diagnostiques du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) et de la *Classification internationale des maladies* (CIM) pour repérer les troubles psychiatriques.

Cette étude est axée sur les diagnostics de l'année écoulée (dans les 12 mois précédant l'enquête) afin de tenir compte de la période la plus touchée par la pandémie de COVID-19. Les TSM ont été définis comme des troubles de l'humeur ou d'anxiété (par exemple, épisode dépressif majeur, trouble bipolaire I/II, hypomanie, trouble anxieux généralisé, phobie sociale). Les TUS concernent l'abus ou la dépendance à l'alcool ou à la drogue. Chacun a été codé comme présent ou non présent, et les répondants ont été classés comme suit :

- Aucun trouble : aucun TSM ou TUS dans l'année écoulée

- TSM uniquement : un ou plusieurs TSM, mais aucun TUS au cours de l'année écoulée
- TUS uniquement : un ou plusieurs TUS, mais aucun TSM au cours de l'année écoulée
- Troubles concomitants : au moins un TSM et au moins un TUS au cours de l'année écoulée.

Covariables

Nous avons inclus un large éventail de covariables pour explorer les facteurs individuels, sociaux et contextuels associés aux troubles, regroupés comme suit :

Caractéristiques démographiques et socioéconomiques

- Âge : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans et 65 ans et plus.
- Genre : Hommes+ et Femmes+, sur la base de la variable de genre dérivée de Statistique Canada. Dans l'ESMAS, les dossiers des répondants non binaires sont répartis de manière aléatoire entre ces deux catégories pour des raisons de confidentialité et les données ventilées pour les personnes non binaires ne sont pas disponibles.
- Appartenance à la communauté 2ELGBTQI+ : personne appartenant à la communauté 2ELGBTQI+; personnes n'appartenant pas à la communauté 2ELGBTQI+.
- État matrimonial : marié(e) ou en union libre; jamais marié(e); veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e).
- Niveau de scolarité : moins que le secondaire; diplôme d'études secondaires; diplôme de métier, collègue, ou université inférieur au baccalauréat; diplôme de baccalauréat ou supérieur.
- Revenu du ménage : faible (< 30 000 \$); moyen (30 000 à 99 999 \$); élevé (≥ 100 000 \$).
- Milieu de résidence (en fonction de la taille de la population) : milieu rural (< 1 000 habitants); petit centre de population (1 000 à 29 999 habitants); centre de population de taille moyenne (30 000 à 99 999 habitants); grand centre urbain (≥ 100 000 habitants).

Facteurs psychosociaux

- Sentiment d'appartenance sociale : très fort; assez fort; assez faible; très faible.

État de santé et besoins perçus

- Déficience fonctionnelle : mesurée à l'aide de l'Échelle d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé (WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS) 2.0³⁹, qui évalue les limitations dans six domaines (mobilité, soins personnels, participation sociale, etc.). Les scores vont de 0 à 40, les plus élevés indiquant une déficience plus importante.
- Pour les besoins perçus en matière de soins de santé mentale au cours de l'année écoulée, les répondants ont été classés en quatre catégories mutuellement exclusives.

- Aucun besoin perçu : aucun besoin perçu, aucun soin reçu
- Besoins satisfaits en totalité : besoin de soins, soins reçus en totalité
- Besoins partiellement satisfaits : certains soins reçus, mais jugés insuffisants
- Besoins non satisfaits : besoin perçu, aucun soin reçu.

Facteurs de stress liés à la COVID-19

Pour les facteurs de stress liés à la COVID-19, trois variables binaires ont permis d'établir les facteurs de stress propres à la pandémie. On a demandé aux répondants si, en raison de la pandémie de COVID-19, ils avaient : 1) connu des difficultés financières (impact financier : oui ou non), 2) eu du mal à accéder aux soins de santé mentale nécessaires (obstacles à l'accès : oui ou non) et 3) ressentis de la solitude et de l'isolement en raison de la pandémie (solitude : oui ou non).

Analyse statistique

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter les caractéristiques de l'échantillon dans son ensemble et par catégories de TSM et de TUS. Les variables continues sont présentées sous forme de médianes et d'écarts interquartiles. Les variables catégorielles ont été synthétisées à l'aide de fréquences et de pourcentages pondérés.

Une régression logistique multinomiale a été utilisée pour comparer trois groupes de diagnostics (TSM uniquement, TUS uniquement, troubles concomitants) à un groupe de référence primaire d'absence de troubles. Pour différencier davantage les troubles concomitants des troubles considérés

isolément, nous avons réajusté les modèles en utilisant les TSM uniquement et les TUS uniquement comme groupes de référence de substitution. Cette stratégie permet de distinguer les corrélats associés à n'importe quel trouble (par opposition à une absence de trouble) de ceux qui sont plus spécifiques aux troubles concomitants (par rapport aux TSM uniquement ou aux TUS uniquement). Des modèles unidimensionnels ont été ajustés pour chaque covariable, suivis d'un modèle multivariable incluant toutes les covariables. Les risques relatifs (RR) et les RR ajustés (RRA) ainsi que leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été rapportés.

Toutes les analyses ont été réalisées avec Stata version 18 (StataCorp LLC, College Station, Texas, États-Unis). Des pondérations de l'enquête au niveau de l'individu ont été appliquées pour obtenir des estimations représentatives de la population. L'estimation de la variance et les IC à 95 % reposent sur les répliques de poids *bootstrap* fournies par l'ESMAS, mises en œuvre avec les procédures d'enquête de Stata pour la conception des répliques *bootstrap*, qui tiennent compte de la conception d'échantillonnage complexe.

Approbation éthique

Cette étude a utilisé des données secondaires dépersonnalisées et accessibles au public provenant de l'ESMAS. Selon l'Énoncé de politique des trois Conseils (EPTC 2), les recherches utilisant des données secondaires anonymes et accessibles au public sont exemptées d'évaluation éthique institutionnelle.

Résultats

Le tableau 1 offre une synthèse des caractéristiques des participants par catégorie de diagnostic. La plupart des répondants (84,6 %) n'ont fait état d'aucun TSM et d'aucun TUS au cours de l'année écoulée, 12,2 % ont mentionné des TSM uniquement, 1,6 % des TUS uniquement et 1,6 % des troubles concomitants. Les risques de troubles concomitants étaient les plus élevés chez les adultes de 20 à 24 ans (6,2 %) et les répondants appartenant à la communauté 2ELGBTQI+ (8,3 %) et ils étaient plus fréquents chez les individus jamais mariés, les personnes ayant un faible niveau de scolarité et celles vivant en milieu rural. Une prévalence plus élevée de troubles concomitants a également

TABEAU 1
Caractéristiques des participants, par catégorie de diagnostic, ESMAS, 2022

Variable	Catégorie	Aucun trouble (n = 7 236) n (%)	TSM uniquement (n = 1 043) n (%)	TUS uniquement (n = 133) n (%)	Troubles concomitants (n = 137) n (%)	Total (n = 8 549) n (%)
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques						
Groupe d'âge (n = 8 549)	15 à 19 ans	584 (70,0 %)	188 (24,3 %)	12 (2,0 %)	18 (3,8 %)	802
	20 à 24 ans	687 (66,9 %)	242 (22,3 %)	38 (4,7 %)	51 (6,2 %)	1 018
	25 à 29 ans	362 (73,0 %)	105 (20,9 %)	8 (1,7 %)	18 (4,4 %)	493
	30 à 34 ans	472 (76,3 %)	83 (16,3 %)	14 (4,1 %)	13 (3,3 %)	582
	35 à 44 ans	1 042 (81,9 %)	134 (14,2 %)	18 (1,9 %)	18 (2,1 %)	1 212
	45 à 54 ans	926 (84,5 %)	111 (12,4 %)	15 (2,0 %)	9 (1,1 %)	1 061
	55 à 64 ans	1 028 (89,7 %)	95 (9,0 %)	8 (0,7 %)	6 (0,6 %)	1 137
	65 ans et plus	2 135 (94,4 %)	85 (4,5 %)	20 (0,9 %)	4 (0,2 %)	2 244
Genre (n = 8 536)	Femmes+	3 449 (79,9 %)	690 (16,9 %)	36 (1,1 %)	66 (2,1 %)	4 241
	Hommes+	3 776 (86,4 %)	351 (9,0 %)	97 (2,7 %)	71 (2,0 %)	4 295
Appartenance à la communauté 2ELGBTQI+ (n = 8 307)	Non	6 731 (85,0 %)	844 (11,6 %)	118 (1,8 %)	96 (1,6 %)	7 789
	Oui	297 (56,1 %)	170 (33,2 %)	12 (2,4 %)	39 (8,3 %)	518
État matrimonial (n = 8 508)	Marié(e) ou en union libre	4 248 (88,4 %)	345 (9,6 %)	48 (1,2 %)	27 (0,8 %)	4 668
	Jamais marié(e)	2 054 (72,4 %)	594 (20,3 %)	72 (3,1 %)	95 (4,2 %)	2 815
	Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	904 (85,1 %)	97 (11,1 %)	11 (1,8 %)	13 (2,0 %)	1 025
Niveau de scolarité (n = 8 360)	Moins que le secondaire	617 (78,7 %)	125 (15,9 %)	10 (2,1 %)	15 (3,3 %)	767
	Diplôme d'études secondaires	1 545 (79,2 %)	310 (15,5 %)	42 (2,5 %)	55 (2,8 %)	1 952
	Diplôme de métier, collège, ou université inférieur au baccalauréat	2 132 (83,7 %)	281 (12,4 %)	45 (1,9 %)	40 (1,9 %)	2 498
	Baccalauréat ou niveau supérieur	2 776 (86,9 %)	310 (10,9 %)	32 (1,2 %)	25 (1,0 %)	3 143
Revenu du ménage (n = 8 497)	Faible revenu	467 (79,8 %)	71 (15,9 %)	10 (1,8 %)	9 (2,5 %)	557
	Revenu moyen	2 804 (83,8 %)	348 (11,8 %)	47 (1,9 %)	57 (2,5 %)	3 256
	Revenu élevé	3 922 (82,9 %)	615 (13,6 %)	76 (1,9 %)	71 (1,6 %)	4 684
Milieu de résidence (n = 8 549)	Milieu rural (< 1000 habitants)	954 (84,0 %)	121 (11,2 %)	26 (2,5 %)	20 (2,3 %)	1 121
	Petit centre de population (1 000 à 29 999 habitants)	627 (80,3 %)	101 (15,1 %)	12 (1,9 %)	17 (2,6 %)	757
	Centre de population de taille moyenne (30 000 à 99 999 habitants)	517 (83,9 %)	77 (13,1 %)	9 (1,6 %)	9 (1,4 %)	612
	Grand centre urbain (≥ 100 000 habitants)	5 138 (83,2 %)	744 (13,1 %)	86 (1,7 %)	91 (1,9 %)	6 059

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques des participants, par catégorie de diagnostic, ESMAS, 2022

Variable		Catégorie	Aucun trouble (n = 7 236) n (%)	TSM uniquement (n = 1 043) n (%)	TUS uniquement (n = 133) n (%)	Troubles concomitants (n = 137) n (%)	Total (n = 8 549) n (%)
Facteurs psychosociaux							
Sentiment d'appartenance (n = 8 362)	Très fort		1 326 (92,7 %)	73 (5,5 %)	13 (1,5 %)	4 (0,4 %)	1 416
	Assez fort		3 554 (87,2 %)	387 (9,7 %)	63 (1,8 %)	45 (1,2 %)	4 049
	Légèrement faible		1 720 (75,7 %)	393 (19,0 %)	40 (1,9 %)	58 (3,4 %)	2 211
	Très faible		473 (65,9 %)	168 (26,0 %)	16 (3,0 %)	29 (5,1 %)	686
État de santé et besoins perçus							
Déficience fonctionnelle (n = 8 217)	Score de handicap WHODAS 2.0 de l'OMS		0 (6)	11 (19)	3 (11)	14 (19)	3 (8)
Besoins perçus (n = 8 301)	Aucun besoin perçu en matière de santé mentale		5 998 (93,2 %)	305 (4,8 %)	78 (1,4 %)	27 (0,5 %)	6 408
	Besoins satisfaits en totalité		674 (63,5 %)	308 (28,9 %)	27 (3,0 %)	42 (4,6 %)	1 051
	Besoins partiellement satisfaits		189 (38,5 %)	249 (50,4 %)	16 (3,3 %)	34 (7,9 %)	488
	Besoins non satisfaits		202 (56,5 %)	126 (34,4 %)	7 (2,8 %)	19 (6,3 %)	354
Facteurs de stress liés à la COVID-19							
Impact financier (n = 8 487)	Non		5 751 (85,9 %)	706 (11,2 %)	81 (1,5 %)	69 (1,4 %)	6 607
	Oui		1 434 (74,0 %)	329 (18,8 %)	49 (3,0 %)	68 (4,1 %)	1 880
Obstacles en matière d'accès (n = 8 487)	Non		6 017 (85,3 %)	744 (11,2 %)	106 (2,0 %)	80 (1,5 %)	6 947
	Oui		1 168 (74,2 %)	291 (20,3 %)	24 (1,4 %)	57 (4,1 %)	1 540
Solitude (n = 8 487)	Non		4 177 (92,8 %)	215 (5,4 %)	40 (1,2 %)	18 (0,6 %)	4 450
	Oui		3 008 (73,0 %)	820 (20,9 %)	90 (2,5 %)	119 (3,5 %)	4 037

Abréviations : ESMAS, Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins; OMS, Organisation mondiale de la santé; TSM, troubles de santé mentale; TUS, troubles liés à l'usage de substances.

Remarques : Les valeurs sont présentées sous forme de nombres (pourcentages), sauf indication contraire.

Le score de handicap de l'échelle WHODAS 2.0³⁸ est présenté sous forme de médiane (écart interquartile).

été observée chez les participants faisant état d'un faible sentiment d'appartenance sociale, des problèmes de santé physiques chroniques, une déficience fonctionnelle plus importante et des besoins non satisfaits en matière de soins de santé mentale. Les facteurs de stress liés à la pandémie, notamment la solitude, les contraintes financières et les obstacles en matière d'accès, ont été mentionnés plus souvent chez les personnes souffrant de troubles concomitants.

Le tableau S1 (matériel supplémentaire disponible à l'adresse <https://osf.io/h9uqb/>) présente les RR non ajustés issus de la régression multinomiale unidimensionnelle. L'appartenance à un groupe d'âge plus jeune, l'appartenance à la communauté 2ELGBTQI+, le fait de n'avoir jamais été marié, un faible niveau de revenu et de scolarité, une résidence en milieu rural, un faible niveau d'appartenance sociale, un handicap plus important, des besoins non satisfaits en matière de soins de santé mentale et tous les facteurs de stress liés à la pandémie sont associés à un risque plus élevé de troubles concomitants.

Le tableau 2 présente les RRA des modèles multinomiaux multivariés. La figure 1 présente les RRA pour chaque catégorie de troubles en utilisant « aucun trouble » comme groupe de référence et la figure S1 (documents supplémentaires à l'adresse <https://osf.io/h9uqb/>) présente les RRA pour les modèles utilisant « TSM uniquement » et « TUS uniquement » comme groupes de référence de substitution. L'appartenance à un groupe d'âge plus jeune est systématiquement associée à un risque plus élevé de toutes les catégories de troubles par rapport aux adultes plus âgés (65 ans et plus). Le risque de troubles concomitants est particulièrement élevé chez les 20 à 24 ans (RRA = 32,48; IC à 95 % : 20,73 à 50,91). Par rapport aux personnes souffrant uniquement de TSM, ce groupe d'âge présente un risque presque six fois plus élevé de troubles concomitants (RRA = 5,99). Par rapport aux personnes souffrant uniquement de TUS, le risque de troubles concomitants est également beaucoup plus élevé chez les jeunes adultes, en particulier ceux de 25 à 29 ans (RRA = 16,99) et de 20 à 24 ans (RRA = 9,38), ce qui indique que le début de l'âge adulte est une période critique pour la cooccurrence des troubles.

Les hommes étaient moins susceptibles de faire état d'un TSM uniquement (RRA = 0,64) mais plus susceptibles de faire état d'un TUS uniquement (RRA = 3,40) par rapport à une absence de trouble. Ils présentaient un risque plus élevé de troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRA = 1,59), mais un risque plus faible de troubles concomitants par rapport aux TUS uniquement (RRA = 0,30), ce qui laisse penser que les TUS sont présents souvent isolément chez les hommes. Les personnes appartenant à la communauté 2ELGBTQI+ présentaient un risque plus élevé de troubles concomitants, comparé aux personnes sans trouble (RRA = 1,67), que les personnes n'appartenant pas à la communauté 2ELGBTQI+ et elles présentaient un risque plus élevé de troubles concomitants que de TSM uniquement (RRA = 1,44) ou de TUS uniquement (RRA = 1,89). Comparé aux individus mariés ou en union libre, les individus qui n'avaient jamais été mariés ou qui étaient veufs, séparés ou divorcés présentaient un risque accru de TUS uniquement et de troubles concomitants par rapport à l'absence de troubles. Ces catégories présentaient également un risque plus élevé de troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRA = 1,58 et 2,50 respectivement), mais non significativement différent du risque de TUS uniquement.

Un niveau de scolarité supérieur est un facteur fortement protecteur : les répondants titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme plus élevé présentaient des risques réduits de tous les types de troubles et étaient moins susceptibles de faire état de troubles concomitants que de TSM uniquement (RRA = 0,40) ou de TUS uniquement (RRA = 0,47). Les revenus moyens et élevés ont été associés à un risque plus élevé de TUS uniquement par rapport à l'absence de troubles, mais les revenus élevés ont été inversement associés aux troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRA = 0,58) et aux TUS uniquement (RRA = 0,45).

La taille du milieu de résidence a montré des associations complexes. Comparativement à ceux des grands centres urbains, les résidents de milieu rural présentaient un risque accru de TUS uniquement (RRA = 1,92) et de troubles concomitants (RRA = 2,35) par rapport à l'absence de troubles et ils étaient davantage susceptibles de faire état de troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRA = 2,09).

Les résidents de petits centres de population présentaient également un risque plus élevé de TSM uniquement et de troubles concomitants par rapport à l'absence de troubles (RRA = 1,60 et 2,43 respectivement), et étaient plus susceptibles de faire état de troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRA = 1,52) et aux TUS uniquement (RRA = 1,96). Les résidents des centres de taille moyenne étaient considérablement plus susceptibles de souffrir de troubles concomitants que ceux qui présentaient des TUS uniquement (RRA = 1,60), malgré un risque global réduit de TUS.

Un gradient clair a été observé en matière au sentiment d'appartenance sociale : par rapport aux personnes ayant fait état d'un très fort sentiment d'appartenance sociale, les personnes ayant fait état d'un très faible sentiment d'appartenance sociale avaient un risque nettement plus élevé de troubles concomitants, que ce soit par rapport à l'absence de troubles (RRA = 4,78) ou par rapport aux TSM uniquement (RRA = 1,95) ou aux TUS uniquement (RRA = 3,20). Des scores de handicap plus élevés ont également été associés à un risque accru pour toutes les catégories de troubles, avec un risque particulièrement élevé pour les troubles concomitants (RRA = 1,06). Le handicap est resté positivement associé aux troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRA = 1,01) et aux TUS uniquement (RRA = 1,04). Le besoin perçu en matière de soins de santé mentale a été fortement associé à la catégorie de troubles : par rapport à l'absence de besoin perçu, les répondants dont tous les besoins étaient satisfaits, partiellement satisfaits ou non satisfaits présentaient un risque plus élevé de troubles concomitants (RRA = 4,25, 6,07 et 5,26 respectivement). Dans les comparaisons entre groupes de diagnostic, les besoins partiellement satisfaits ont été associés à un risque plus faible de troubles concomitants (RRA = 0,66), alors que les besoins non satisfaits ont été associés à un risque plus élevé de troubles concomitants par rapport aux TUS seulement (RRA = 4,32).

Les facteurs de stress liés à la pandémie ont été associés de manière importante à tous les résultats. Les difficultés financières liées à la COVID-19 ont été associées à un risque plus élevé de TSM uniquement, de TUS uniquement et de troubles concomitants par rapport à l'absence de troubles (RRA = 1,18, 1,39 et

TABEAU 2
Risques relatifs ajustés (RRa) issus de modèles de régression logistique multinomiale multivariable évaluant les associations entre les covariables et les trois catégories de troubles (TSM uniquement, TUS uniquement et troubles concomitants), ESMAS, 2022

Variable	Catégorie	TSM uniquement par rapport à aucun trouble	TUS uniquement par rapport à aucun trouble	Troubles concomitants par rapport à aucun trouble	Troubles concomitants par rapport à TSM uniquement	Troubles concomitants par rapport à TUS uniquement
		RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques						
Âge (réf. : 65 ans et plus)	15 à 19 ans	5,24 (4,34 à 6,32)***	1,41 (1,01 à 1,97)*	10,00 (6,11 à 16,37)***	1,91 (1,15 à 3,17)**	7,11 (3,96 à 12,77)***
	20 à 24 ans	5,42 (4,57 à 6,43)***	3,46 (2,48 à 4,84)***	32,48 (20,73 à 50,91)***	5,99 (3,78 à 9,49)***	9,38 (5,42 à 16,23)***
	25 à 29 ans	5,05 (4,25 à 5,99)***	1,19 (0,78 à 1,80)	22,08 (14,11 à 34,55)***	3,99 (2,51 à 6,34)***	16,99 (9,31 à 31,00)***
	30 à 34 ans	4,23 (3,59 à 4,98)***	4,62 (3,27 à 6,51)***	18,42 (11,60 à 29,23)***	4,36 (2,72 à 6,99)***	3,99 (2,27 à 7,00)***
	35 à 44 ans	3,19 (2,76 à 3,69)***	1,36 (1,00 à 1,84)*	10,08 (6,62 à 15,35)***	3,16 (2,05 à 4,87)***	7,42 (4,47 à 12,31)***
	45 à 54 ans	2,86 (2,47 à 3,32)***	2,39 (1,77 à 3,22)***	5,30 (3,35 à 8,40)***	1,85 (1,16 à 2,97)**	2,22 (1,29 à 3,84)***
	55 à 64 ans	1,84 (1,59 à 2,13)***	0,50 (0,34 à 0,74)***	1,83 (1,12 à 3,00)*	1,00 (0,60 à 1,65)	3,63 (1,98 à 6,66)***
Genre (réf. : femmes+)	Hommes+	0,64 (0,59 à 0,68)***	3,40 (2,89 à 4,01)***	1,01 (0,85 à 1,19)	1,59 (1,34 à 1,88)***	0,30 (0,24 à 0,37)***
Appartenance à la communauté 2ELGBTQI+ (réf. : non)	Oui	1,16 (1,03 à 1,31)*	0,88 (0,69 à 1,13)	1,67 (1,37 à 2,03)***	1,44 (1,19 à 1,74)***	1,89 (1,40 à 2,55)***
État matrimonial (réf. : marié(e) ou en union libre)	Jamais marié(e)	1,04 (0,93 à 1,15)	2,09 (1,72 à 2,54)***	1,64 (1,30 à 2,06)***	1,58 (1,26 à 1,99)***	0,78 (0,58 à 1,05)
	Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	1,00 (0,89 à 1,13)	2,58 (1,94 à 3,43)***	2,51 (1,89 à 3,33)***	2,50 (1,89 à 3,31)***	0,97 (0,66 à 1,44)
Niveau de scolarité (réf. : moins que le secondaire)	Diplôme d'études secondaires	0,71 (0,62 à 0,81)***	0,88 (0,63 à 1,23)	0,42 (0,32 à 0,54)***	0,59 (0,45 à 0,77)***	0,47 (0,32 à 0,71)***
	Diplôme de métier, collègue, ou université inférieur au baccalauréat	0,66 (0,57 à 0,77)***	0,87 (0,61 à 1,23)	0,44 (0,34 à 0,58)***	0,67 (0,50 à 0,90)**	0,51 (0,33 à 0,78)***
	Baccalauréat ou niveau supérieur	0,50 (0,43 à 0,58)***	0,42 (0,30 à 0,61)***	0,20 (0,15 à 0,27)***	0,40 (0,30 à 0,55)***	0,47 (0,30 à 0,74)***
Revenu du ménage (réf. : faible)	Moyen	1,04 (0,89 à 1,21)	1,72 (1,21 à 2,44)**	0,94 (0,69 à 1,27)	0,90 (0,66 à 1,23)	0,55 (0,35 à 0,86)**
	Élevé	1,32 (1,13 à 1,53)***	1,68 (1,18 à 2,39)**	0,76 (0,57 à 1,03)	0,58 (0,42 à 0,79)***	0,45 (0,29 à 0,72)***
Milieu de résidence (réf. : grand centre urbain [≥ 100 000 habitants])	Milieu rural (< 1000 habitants)	1,12 (1,02 à 1,24)*	1,92 (1,59 à 2,32)***	2,35 (1,89 à 2,93)***	2,09 (1,68 à 2,61)***	1,22 (0,92 à 1,63)
	Petit centre (1000 à 29 999 habitants)	1,60 (1,44 à 1,78)***	1,24 (0,96 à 1,60)	2,43 (1,94 à 3,05)***	1,52 (1,21 à 1,91)***	1,96 (1,41 à 2,74)***
	Centre de taille moyenne (30 000 à 99 999 habitants)	1,23 (1,08 à 1,39)**	0,32 (0,23 à 0,45)***	0,51 (0,37 à 0,71)***	0,42 (0,30 à 0,58)***	1,60 (1,01 à 2,54)**

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Risques relatifs ajustés (RRa) issus de modèles de régression logistique multinomiale multivariable évaluant les associations entre les covariables et les trois catégories de troubles (TSM uniquement, TUS uniquement et troubles concomitants), ESMAS, 2022

Variable	Catégorie	TSM uniquement par rapport à aucun trouble	TUS uniquement par rapport à aucun trouble	Troubles concomitants par rapport à aucun trouble	Troubles concomitants par rapport à TSM uniquement	Troubles concomitants par rapport à TUS uniquement
		RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)	RRa (IC à 95 %)
Facteurs psychosociaux						
Sentiment d'appartenance sociale (réf. : très fort)	Assez fort	1,26 (1,11 à 1,43)***	1,46 (1,09 à 1,96)*	1,72 (1,16 à 2,56)**	1,37 (0,92 à 2,04)	1,18 (0,72 à 1,92)
	Légèrement faible	2,10 (1,84 à 2,38)***	1,44 (1,06 à 1,95)*	3,41 (2,33 à 4,99)***	1,63 (1,11 à 2,38)**	2,37 (1,46 à 3,87)***
	Très faible	2,45 (2,10 à 2,85)***	1,49 (1,02 à 2,17)*	4,78 (3,20 à 7,13)***	1,95 (1,32 à 2,89)***	3,20 (1,88 à 5,46)***
État de santé et besoins perçus						
Déficience fonctionnelle	Score de handicap WHODAS 2.0 de l'OMS	1,05 (1,05 à 1,06)***	1,02 (1,01 à 1,03)***	1,06 (1,06 à 1,07)***	1,01 (1,00 à 1,02)**	1,04 (1,03 à 1,05)***
Besoins perçus (réf. : aucun besoin perçu)	Besoins satisfaits en totalité	4,39 (4,03 à 4,79)***	2,49 (2,08 à 2,98)***	4,25 (3,43 à 5,27)***	0,97 (0,77 à 1,21)	1,71 (1,30 à 2,24)***
	Besoins partiellement satisfaits	9,27 (8,30 à 10,36)***	4,98 (3,92 à 6,34)***	6,07 (4,66 à 7,92)***	0,66 (0,50 à 0,86)***	1,22 (0,87 à 1,70)
	Besoins non satisfaits	4,48 (3,92 à 5,13)***	1,22 (0,86 à 1,72)	5,26 (3,98 à 6,95)***	1,17 (0,88 à 1,56)	4,32 (2,82 à 6,61)***
Facteurs de stress liés à la COVID-19						
Impact financier (réf. : non)	Oui	1,18 (1,09 à 1,27)***	1,39 (1,18 à 1,63)***	1,63 (1,38 à 1,93)***	1,38 (1,17 à 1,64)***	1,18 (0,94 à 1,48)
Obstacles à l'accès (réf. : non)	Oui	0,81 (0,75 à 0,89)***	0,53 (0,44 à 0,64)***	1,48 (1,24 à 1,76)***	1,81 (1,52 à 2,16)***	2,77 (2,17 à 3,52)***
Solitude (réf. : non)	Oui	2,33 (2,14 à 2,53)***	2,26 (1,90 à 2,69)***	2,89 (2,35 à 3,56)***	1,24 (0,99 à 1,56)	1,28 (0,98 à 1,67)

Abréviations : ESMAS, Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins; IC, intervalle de confiance; OMS, Organisation mondiale de la santé; réf., référence; RRa, risque relatif ajusté; TSM, troubles de la santé mentale; TUS, troubles liés à l'usage de substances.

Remarque : Les modèles ont utilisé différents groupes de référence (aucun trouble, TSM uniquement et TUS uniquement) pour comparer spécifiquement les troubles concomitants à chaque catégorie (échantillon total de l'ESMAS : n = 7 447).

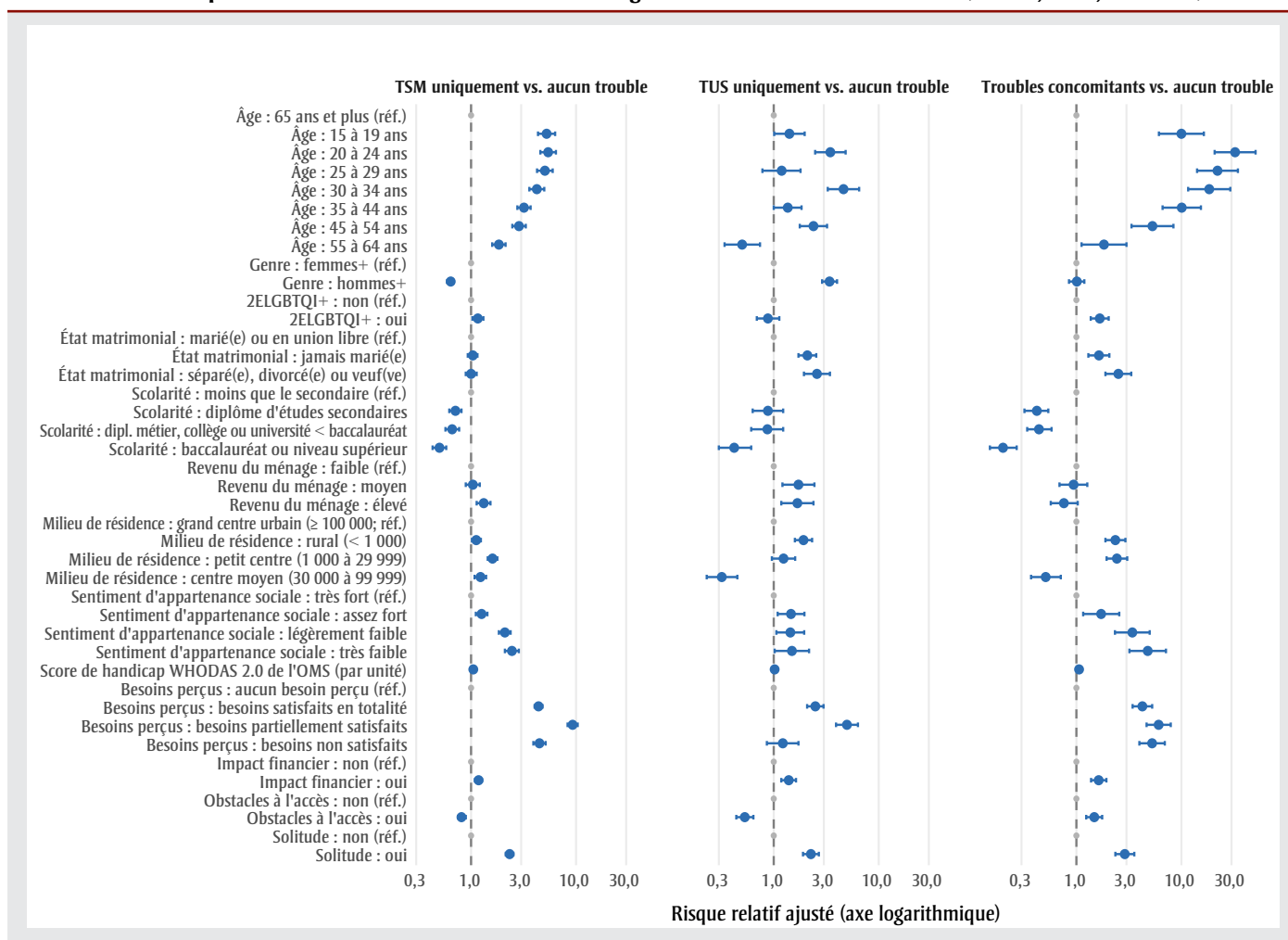
* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

FIGURE 1

Risques relatifs ajustés (RRa) et IC à 95 % des modèles de régression logistique multinomiale multivariable comparant les TSM uniquement, les TUS uniquement et les troubles concomitants à la catégorie de référence « aucun trouble » (ESMAS, 2022; n = 7 447)



Abbreviations : Dipl., diplôme; ESMAS, Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins; IC, intervalles de confiance; OMS, Organisation mondiale de la santé; réf., référence; TSM, troubles de la santé mentale; TUS, troubles liés à l'usage de substances.

1,63 respectivement), ainsi qu'à un risque plus élevé de troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRa = 1,38). Les répondants ayant fait état d'obstacles dans l'accès aux services de santé mentale présentaient un risque plus faible de TSM uniquement et de TUS uniquement par rapport à l'absence de troubles (RRa = 0,81 et 0,53), mais un risque plus élevé de troubles concomitants par rapport à l'absence de troubles (RRa = 1,48) et par rapport aux TSM uniquement et aux TUS uniquement (RRa = 1,81 et 2,77). La solitude a été associée à un risque plus élevé pour toutes les catégories de troubles par rapport à l'absence de troubles, l'association la plus forte concernant les troubles concomitants (RRa = 2,89), bien que les différences entre le groupe des troubles concomitants et les groupes des troubles

considérés séparément ne soient pas statistiquement significatives.

Analyse

Cette étude est l'une des premières à porter sur les troubles concomitants chez les adultes canadiens pendant la pandémie de COVID-19, à partir des données de l'ESMAS, qui couvre les dix provinces. Nous avons constaté qu'environ 1,6 % des adultes souffraient de troubles concomitants, 12,2 % de TSM uniquement et 1,6 % de TUS uniquement. Pour mettre en contexte ces résultats, nous les avons comparés aux données nationales pré-pandémiques les plus récentes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC-SM) de 2012⁶, qui reste la dernière enquête pré-pandémique basée sur la population

utilisant les mesures diagnostiques de l'échelle CIDI-OMS. La prévalence des troubles concomitants a légèrement augmenté, passant de 1,2 % à 1,6 %, celle des TSM seulement a presque doublé (6,1 % à 12,2 %) tandis que celle des TUS seulement a diminué (3,8 % à 1,6 %).

Dans l'ensemble, ces tendances suggèrent une évolution vers un plus grand nombre de TSM et une plus faible proportion de personnes souffrant de TUS seulement. Ce changement reflète probablement l'influence cumulative de multiples facteurs au cours de la dernière décennie (par exemple, une plus grande sensibilisation, l'évolution des pratiques de diagnostic et de recherche d'aide ainsi que des facteurs de stress sociétaux plus larges), la pandémie de COVID-19 ayant joué un rôle important mais non exclusif dans cette évolution.

Les comparaisons entre 2012 et 2022 devraient également être effectuées avec prudence : l'ESMAS (2022) a utilisé des entretiens téléphoniques, alors que l'ESCCSM (2012) s'est principalement appuyée sur des entretiens en personne. D'autres différences méthodologiques pourraient également avoir une incidence sur la prévalence estimée. Par conséquent, il est préférable de considérer l'ESMAS comme un aperçu postérieur à 2020 qui est comparable aux estimations de 2012 mais ne permet pas de déterminer les raisons pour lesquelles la prévalence a changé au fil du temps.

Nos résultats soulignent que l'appartenance à un groupe d'âge plus jeune est fortement associée à toutes les catégories de troubles. Les jeunes adultes présentent les risques les plus élevés de troubles concomitants : par exemple, les adultes de 20 à 24 ans présentaient un risque plus de 30 fois supérieur à celui des adultes de 65 ans et plus. Cette tendance reflète probablement la prévalence plus élevée des TSM et des TUS à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, ainsi que les transitions sociales et économiques de cette période (études, emploi, relations, etc.) qui peuvent accroître la vulnérabilité à ces deux types de problèmes^{12,40}. Toutefois, compte tenu de la conception transversale, nous ne pouvons déterminer si le début de l'âge adulte représente une « fenêtre à haut risque » étiologique distincte pour la comorbidité ou s'il reflète principalement des tendances liées à l'âge en matière de santé mentale et d'usage de substances qui tendent à s'atténuer tout au long de la vie.

Les tendances selon le sexe étaient attendues : les hommes ont présenté un risque plus faible de TSM uniquement (RRa = 0,64), un risque plus élevé de TUS uniquement (RRa = 3,40) et un risque plus élevé de troubles concomitants par rapport aux TSM uniquement (RRa = 1,59). Cependant, les hommes étaient beaucoup moins susceptibles de souffrir de troubles concomitants que de TUS uniquement (RRa = 0,30), ce qui suggère que l'usage de substances chez les hommes pourrait plus souvent se produire de manière isolée plutôt qu'en conjonction avec des problèmes de santé mentale^{6,14,26}.

Les personnes appartenant à la communauté 2ELGBTQI+ présentaient un risque 67 % plus élevé de troubles concomitants

par rapport à l'absence de troubles que les répondants n'appartenant pas à la communauté 2ELGBTQI+ et elles étaient plus susceptibles de souffrir de comorbidité que de l'un ou l'autre trouble uniquement, ce qui est conforme à la littérature documentant les disparités accrues liées à la pandémie au sein des minorités sexuelles et de genre^{32,33,41}. Ces différences découlent probablement de la stigmatisation, de la discrimination et des obstacles à l'accès à des soins adaptés, ce qui souligne la nécessité de mettre en place des services de santé mentale et d'usage de substances inclusifs et pertinents sur le plan culturel^{32,33,41}.

L'état matrimonial est associé significativement aux différentes catégories de troubles : les personnes jamais mariées et celles séparées, divorcées ou veuves présentent des risques relatifs plus élevés de TUS et de troubles concomitants que les personnes mariées ou en union libre. Ces données correspondent à la littérature dont on dispose, qui laisse penser que le mariage peut sans doute être lié à un plus grand soutien émotionnel et à une meilleure intégration sociale, ce qui est susceptible d'atténuer le stress⁴²⁻⁴⁴. Toutefois, nos modèles ne comportaient pas d'interaction entre l'état matrimonial et le genre, de sorte que ces estimations reflètent les associations moyennes pour l'ensemble des genres et pourraient ne pas refléter les différences potentielles liées au genre.

Le niveau de scolarité a montré une association inverse cohérente avec tous les types de troubles, les personnes titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme supérieur présentant des risques relatifs nettement inférieurs. Ceci est cohérent avec la recherche indiquant qu'un niveau de scolarité supérieur est corrélé à une meilleure stabilité socioéconomique, une meilleure connaissance de la santé et un meilleur accès aux ressources protectrices⁴⁵.

Les effets sur le revenu étaient nuancés, révélant une distinction claire entre les facteurs de comorbidité sévère et les TUS uniquement. Les revenus moyens et élevés ont été associés à une diminution du risque de troubles concomitants, ce qui corrobore l'idée selon laquelle des ressources économiques plus importantes agissent comme un tampon protecteur contre le stress chronique et l'instabilité qui précipitent les doubles diagnostics les plus graves^{8,20}. Inversement, les mêmes

niveaux de revenus étaient associés à un risque accru de TUS uniquement. Cette divergence suggère que l'usage de substances dans les groupes aisés est souvent motivé par des facteurs de normalisation sociale ou de loisirs^{46,47}, indépendamment de la détresse psychologique écrasante associée aux troubles concomitants.

Nos résultats révèlent des disparités géographiques notables dans la prévalence des TSM, des TUS et de leur cooccurrence. Les personnes vivant en milieu rural et dans les petits centres de population présentaient des risques plus élevés de TSM uniquement, et surtout de TUS uniquement et de troubles concomitants, que les personnes vivant dans les grands centres urbains. En revanche, les résidents des centres de taille moyenne présentaient un risque élevé de TSM, mais des risques considérablement plus faibles de TUS et de troubles concomitants. Ces tendances peuvent refléter les différences d'accès aux services de santé, aux soutiens sociaux et aux facteurs de stress environnementaux hors des grands centres urbains^{26,48}, soulignant la nécessité de mettre en place des stratégies de santé publique adaptées qui répondent aux défis particuliers auxquels sont confrontées les collectivités rurales et de petite taille.

Le sentiment d'appartenance sociale présente un gradient clair : un sentiment d'appartenance plus faible est associé à des risques nettement plus élevés pour toutes les catégories de troubles, un sentiment d'appartenance très faible étant lié à un risque de comorbidité presque cinq fois plus élevé. Cette association peut être le reflet à la fois des conséquences sociales de la vie avec un TSM ou un TUS et de la possibilité qu'un faible sentiment d'appartenance augmente la vulnérabilité à ces conditions. Étant donné la conception transversale, nous ne pouvons déduire la direction de cette association, mais le gradient suggère que l'intégration sociale et les liens avec la collectivité sont des considérations importantes pour la prévention et la planification des traitements.

La forte association entre la déficience fonctionnelle et les troubles concomitants est cohérente avec les travaux antérieurs montrant que les problèmes comorbides sont liés à un plus grand handicap et à une plus grande perturbation des rôles que les troubles isolés^{49,50}. Dans notre étude, des scores plus élevés sur l'échelle

WHODAS 2.0 ont été associés à un risque relatif accru pour toutes les catégories de troubles, l'effet le plus important étant observé pour les troubles concomitants. Cette tendance peut être le reflet à la fois du fardeau fonctionnel supplémentaire lié à la prise en charge des problèmes de santé concomitants et de la possibilité qu'un handicap plus important accroisse la vulnérabilité au développement de TSM et de TUS comorbides, par exemple en réduisant l'emploi, la participation sociale ou l'accès aux soins. Compte tenu de la conception transversale, nous ne pouvons dissocier ces directions, mais les résultats soulignent l'importance de l'intégration de l'évaluation fonctionnelle et des aides à la réadaptation dans les services destinés aux personnes souffrant de troubles concomitants.

Enfin, les difficultés financières, la solitude et la perturbation de l'accès aux soins liées à la COVID-19 ont été fortement associées à toutes les catégories de troubles, en particulier aux troubles concomitants³⁴⁻³⁶. La solitude a presque triplé le risque de troubles concomitants, alors que les obstacles à l'accès aux soins ont augmenté le risque de comorbidité de plus de 80 % par rapport aux TSM uniquement et de près de 180 % par rapport aux TUS uniquement. Ces relations sont probablement bidirectionnelles : les personnes souffrant de TSM et de TUS pourraient être plus vulnérables à la perte d'emploi, à l'isolement et aux difficultés à gérer les soins, alors que ces facteurs de stress peuvent également aggraver ou précipiter les troubles. L'ESMAS étant transversale, nous ne pouvons déterminer l'ordre temporel, mais les fortes associations soulignent la nécessité de prendre en compte les facteurs psychosociaux et structurels dans la planification post-pandémique.

Points forts et limites

Cette étude apporte plusieurs contributions importantes. D'abord, les données de l'ESMAS de 2022 provenant d'un échantillon de population de Canadiens de 15 ans et plus dans les 10 provinces permettent d'observer comment les facteurs de stress liés à la pandémie (par exemple l'isolement social, les difficultés financières ou les interruptions de soins) sont liés aux TSM et aux TUS ainsi qu'à leur cooccurrence. Ensuite, la régression multinomiale permet une comparaison simultanée des TSM uniquement, des TUS uniquement et des troubles concomitants, ce qui donne une vision plus nuancée que

les modèles binaires. Enfin, l'intégration de divers déterminants sociaux et d'indicateurs liés à la pandémie permet une compréhension globale des multiples vulnérabilités afin d'orienter l'intervention en santé publique.

Les limites de l'étude sont le recours à des entretiens diagnostiques structurés et autodéclarés plutôt qu'à des évaluations cliniques, ce qui peut entraîner des erreurs de classification. De plus, le faible taux de réponse à l'enquête (25 %) introduit un risque de biais d'absence de réponse, ce qui signifie que les résultats pourraient ne pas être représentatifs avec précision les caractéristiques de l'ensemble de la population cible. La conception transversale limite l'inférence causale, les résultats pourraient donc ne pas être généralisables à des contextes non pandémiques. Un biais de survie est également possible, en particulier chez les répondants plus âgés, si ceux qui ont souffert d'un TSM ou d'un TUS antérieurement ont été plus susceptibles de décéder avant l'enquête. Enfin, l'exclusion des résidents des territoires et des collectivités autochtones vivant sur les réserves limite la généralisation à ces populations.

Conclusion

Cette étude fournit des estimations basées sur la population des TSM, des TUS et des troubles concomitants chez les adultes canadiens pendant la pandémie de COVID-19 et établit les principales caractéristiques sociodémographiques, psychosociales et liées à la pandémie associées à ces résultats. Les troubles concomitants touchent 1,6 % des adultes et sont plus fréquents chez les jeunes, les personnes appartenant à la communauté 2ELGBTQI+, les personnes à statut socioéconomique plus faible et les personnes vivant en milieu rural. Les facteurs de risque élevé ont systématiquement inclus les facteurs de stress liés à la COVID-19 : la solitude, les difficultés financières et les difficultés autodéclarées d'accès aux soins de santé. En raison de la conception transversale, nous ne pouvons déduire la causalité. Cependant, la forte association met en évidence une population vulnérable confrontée à des obstacles importants en matière de soins de santé. Ces résultats laissent penser que les groupes à haut risque (par exemple, les jeunes adultes, les personnes en situation d'isolement social) pourraient particulièrement tirer profit d'interventions ciblées et d'efforts visant à améliorer l'accessibilité et la coordination

des services de santé mentale et d'usage de substances dans le contexte post-pandémique.

Remerciements

Nous exprimons notre reconnaissance envers le rédacteur, le rédacteur adjoint et les deux évaluateurs anonymes pour leurs commentaires constructifs et perspicaces, qui ont grandement aidé à améliorer la clarté et la qualité de ce manuscrit. Nous sommes également reconnaissants envers l'équipe éditoriale pour leur examen méticuleux et approfondi à travers le processus. Nous remercions le Research Nova Scotia New Investigator Grant et le Atlantic Node Research Development Program de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives (ICRIS) pour leur soutien.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

CF : conception; préparation des données; analyse formelle; acquisition de financements; recherche; méthodologie; administration du projet; ressources; logiciels; rédaction de la première version du manuscrit, relectures et corrections.

MA : conception, recherche, méthodologie, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et corrections.

Le contenu de l'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.

Financement

Cette étude a été soutenue par le New Health Investigator Grant de Research Nova Scotia et l'Atlantic Node Research Development Program de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives (ICRIS).

Références

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382(9904):1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
3. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):987-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)
4. Pearson C, Janz T, Ali J. Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2013. [cat. n° 82-624-X]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.pdf>
5. Sheehan MF. Dual diagnosis. *Psych Quart*. 1993;64(2):107-134. <https://doi.org/10.1007/BF01065865>
6. Khan S. Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. *Rapports sur la santé*. 2017;28(8):3-9. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.htm>
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
8. Rush B, Urbanoski K, Bassani D, Castel S, Wild TC, Strike C, et al. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry*. 2008;53(12):800-809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
9. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):589-608. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033351>
10. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(3):174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
11. Leeies M, Pagura J, Sareen J, Bolton JM. The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2010;27(8):731-736. <https://doi.org/10.1002/da.20677>
12. Esmaeelzadeh S, Moraros J, Thorpe L, Bird Y. Examining the association and directionality between mental health disorders and substance use among adolescents and young adults in the U.S. and Canada—a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2018;7(12):543. <https://doi.org/10.3390/jcm7120543>
13. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):929. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>
14. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66(1):17-31. <https://doi.org/10.1037/h0080151>
15. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Sci Pract Perspect*. 2005;3(1):13-21. <https://doi.org/10.1151/spp053113>
16. Swendsen J. The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(2):173-189. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00026-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00026-4)
17. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;4(5):231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
18. Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: a narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*. 2018;35(9):851-860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>
19. Hunt GE, Malhi GS, Lai HMX, Cleary M. Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;266:288-304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
20. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review. *J Subst Abuse Treat*. 2016;61:47-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
21. Jamieson M, Juda M, Lavergne MR, Kurdyak P, Laporte A, Rudoler D. Demographic and temporal trends in mental health and substance use services provided by primary care physicians in British Columbia, Canada. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):335. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02587-y>
22. Saunders NR, Kurdyak P, Stukel TA, Strauss R, Fu L, Guan J, et al. Utilization of physician-based mental health care services among children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *JAMA Pediatr*. 2022;176(4):e216298. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.6298>
23. Zhang L, Norena M, Gadermann A, Hubley A, Russell L, Aubry T, et al. Concurrent disorders and health care utilization among homeless and vulnerably housed persons in Canada. *J Dual Diagn*. 2018;14(1):21-31. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1392055>

24. Brownlie E, Beitchman JH, Chaim G, Wolfe DA, Rush B, Henderson J. Early adolescent substance use and mental health problems and service utilisation in a school-based sample. *Can J Psychiatry*. 2019;64(2):116-125. <https://doi.org/10.1177/0706743718784935>
25. Halladay J, Georgiades K, MacKillop J, Lipman E, Pires P, Duncan L. Identifying patterns of substance use and mental health concerns among adolescents in an outpatient mental health program using latent profile analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(3):739-747. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02188-7>
26. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566>
27. Galea S, Vlahov D. Urban health: evidence, challenges, and directions. *Annu Rev Public Health*. 2005;26(1):341-365. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144708>
28. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
29. Elamoshy R, Farag M, Geda N, Feng C. Assessing the impact of COVID-19 on self-reported levels of depression during the pandemic relative to pre-pandemic among Canadian adults. *Arch Public Health*. 2024;82(1):29. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01253-0>
30. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
31. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):813-824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
32. Flentje A, Obedin-Maliver J, Lubensky ME, Dastur Z, Neilands T, Lunn MR. Depression and anxiety changes among sexual and gender minority people coinciding with onset of COVID-19 pandemic. *J Gen Intern Med*. 2020;35(9):2788-2790. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05970-4>
33. Salerno JP, Williams ND, Gattamorta KA. LGBTQ populations: psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1):S239-242. <https://doi.org/10.1037/tra0000837>
34. Daly M, Sutin AR, Robinson E. Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychol Med*. 2022;52(13):2549-2558. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004432>
35. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
36. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):883-892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
37. Statistique Canada. Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS) [Internet]. Ontario (ON) : Statistique Canada. 2022 [consultation le 18 avril 2025]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
38. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psych Res*. 2004;13(2):93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
39. Organisation mondiale de la santé. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Genève (CH) : Organisation mondiale de la santé; 2010. En ligne à : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/13c8676c-bdd5-41e9-beae-30343a96d4f0/content>
40. MacLeod KB, Brownlie EB. Mental health and transitions from adolescence to emerging adulthood: developmental and diversity considerations. *Can J Commun Mental Health*. 2014;33(1):77-86. <https://psycnet.apa.org/doi/10.7870/cjcmh-2014-007>
41. Salerno JP, Devadas J, Pease M, Nketia B, Fish JN. Sexual and gender minority stress amid the COVID-19 pandemic: implications for LGBTQ young persons' mental health and well-being. *Public Health Rep*. 2020;135(6):721-727. <https://doi.org/10.1177/0033354920954511>
42. Kim HK, Mckenry PC. The relationship between marriage and psychological well-being: a longitudinal analysis. *J Fam Issues*. 2002;23(8):885-911. <https://doi.org/10.1177/019251302237296>
43. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: his and hers. *Psychol Bull*. 2001;127(4):472-503. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472>
44. Duncan GJ, Wilkerson B, England P. Cleaning up their act: the effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography*. 2006;43(4):691-710. <https://doi.org/10.1353/dem.2006.0032>
45. Lorant V. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):98-112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>

-
46. Sersli S, Gagné T, Shareck. Disparités sociales dans la consommation d'alcool chez les jeunes adultes canadiens. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(12):559-572. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.12.02f>
 47. McMillan JM, Hogan DB, Zimmer C, Sohel N, Wolfson C, Kirkland S et al. Predictors of reported alcohol intake during the first and second waves of the COVID-19 pandemic in Canada among middle-aged and older adults: results from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *Can J Public Health*. 2022;113(5):665-677. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00661-5>
 48. Probst JC, Moore CG, Glover SH, Samuels ME. Person and place: the compounding effects of race/ethnicity and rurality on health. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1695-1703. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.10.1695>
 49. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2011;41(8):1751-1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>
 50. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Yu BN, Stein MB. Mental health service use in a nationally representative Canadian survey. *Can J Psychiatry*. 2005;50(12):753-761. <https://doi.org/10.1177/070674370505001204>

Recherche quantitative originale

Maladie chronique et isolement social chez les Canadiens : données probantes de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins 2022

Dorian DiTommaso*, M.A. (1); Fabio Robibaro*, M.A. (1); Nicholas D. Spence, Ph. D. (1,2,3)

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

Résumé

Introduction. Les problèmes de santé chroniques sont très répandus au Canada et sont souvent étudiés sous forme de variable d'exposition unique et agrégée dans la recherche sur l'isolement social. De telles approches mettent l'accent sur le fardeau global de la maladie mais rendent difficile la distinction entre les contributions indépendantes de la catégorie diagnostique, de la douleur chronique et de l'incapacité. Dans cette étude, nous analysons ces dimensions séparément afin d'évaluer la manière dont chacune est associée à l'isolement social chez les adultes canadiens.

Méthodologie. À l'aide de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins de 2022 (n = 9 861), nous avons évalué l'association entre d'une part les problèmes de santé chroniques, la douleur chronique et le handicap et d'autre part le soutien social, en utilisant l'Échelle de provisions sociales (EPS-10) et en appliquant une régression linéaire multivariée.

Résultats. Un handicap plus sévère est négativement associé au soutien social (B = -0,09, IC à 95 % = -0,11 à -0,08). Les personnes présentant des déficiences fonctionnelles bénéficient d'un soutien social plus faible, ce qui généralement est le signe d'un isolement social plus marqué.

Conclusion. Lorsqu'on les analyse conjointement, on constate que l'incapacité fonctionnelle, à la différence de la catégorie de maladie chronique et de celle de la douleur chronique, est associée de manière indépendante à un soutien social plus faible. Ces constatations indiquent que l'isolement social chez les adultes canadiens est plus étroitement lié aux limitations fonctionnelles qu'aux étiquettes diagnostiques, ce qui souligne l'importance d'adopter des approches centrées sur la dimension fonctionnelle dans la recherche et les interventions.

Mots-clés : *maladie chronique, douleur chronique, personnes en situation de handicap, isolement social, politique de santé*

Introduction

Les maladies chroniques sont très répandues chez les adultes canadiens et entraînent d'importantes répercussions sociales, telles que l'isolement social — un état caractérisé par des contacts ou des interactions

sociales limités¹⁻². L'isolement social constitue un problème de santé publique majeur, en particulier dans les sociétés vieillissantes²⁻³. Au Canada, environ 16 % des aînés vivent dans l'isolement social et près de 30 % risquent de vivre de l'isolement social en raison de la détérioration

de leur santé³. Près de la moitié des Canadiens vivaient avec au moins un problème de santé chronique important en 2021, et 1 sur 12 avec trois problèmes de santé ou plus : une proportion importante de la population se trouve donc dans des contextes sociaux et sanitaires où l'isolement social est susceptible d'être observé⁴.

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



Points saillants

- Cette étude porte sur l'impact simultané des problèmes de santé chroniques, de la douleur chronique et du handicap sur l'isolement social à l'aide de données canadiennes représentatives à l'échelle nationale.
- Les étiquettes diagnostiques en tant que telles ne sont pas associées à l'isolement social lorsque la limitation fonctionnelle et la douleur sont prises en compte.
- La limitation fonctionnelle est un prédicteur clé d'un soutien social réduit, contribuant à un isolement social accru.
- Il est important d'analyser conjointement la maladie chronique, la douleur chronique et le handicap dans la recherche sur l'isolement social à l'échelle de la population.

Rattachement des auteurs :

1. University of Toronto, Department of Sociology, Toronto (Ontario), Canada
2. University of Toronto, Department of Health and Society, Toronto (Ontario), Canada
3. University of Toronto, Department of Physical and Environmental Sciences, Toronto (Ontario), Canada

* Co-premiers auteurs.

Correspondance : Nicholas D. Spence, 700, University Avenue, Unit 17100, Toronto (Ontario) M7A 2S4; tél. : 416-208-2698; courriel : nicholas.spence@utoronto.ca

La recherche sur l'isolement social et la santé couvre l'ensemble du parcours de vie adulte, en mettant souvent l'accent sur les dernières étapes, où l'isolement social est plus fréquent, avec des associations bien documentées entre l'isolement, les problèmes de santé chroniques et des résultats défavorables pour la santé⁵⁻⁸. Les problèmes de santé chroniques ne se manifestent pas nécessairement de manière uniforme en lien avec l'isolement social, ce qui souligne l'importance de tenir compte de l'hétérogénéité des problèmes de santé lors de l'élaboration de stratégies d'intervention à l'échelle de la population.

Les adultes atteints de maladies chroniques sont davantage susceptibles de vivre dans l'isolement social⁹⁻¹⁰. Une étude de la portée sur le sujet a révélé que la multimorbidité (c'est-à-dire la coexistence de plusieurs maladies chroniques) est associée à une plus grande solitude, avec moins de données probantes en lien avec l'isolement social¹⁰. Une étude ultérieure a confirmé cette observation chez les aînés¹¹. Une analyse de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (n = 29 847) a révélé que la multimorbidité était associée à un isolement social plus élevé, bien que les effets restent modestes⁹. La même étude montre que les maladies chroniques modifient l'impact des rôles sociaux (par exemple, la famille, le travail, l'engagement communautaire) sur l'isolement, la présence de maladies chroniques limitant l'accès à ces rôles et à leurs effets bénéfiques⁹. Appuyant ces constatations, des rapports sur les politiques indiquent qu'une mauvaise santé et la présence de plusieurs maladies chroniques contribuent à un isolement social accru plus tard dans la vie^{3,12}. Ces travaux soulignent la nécessité d'analyser plus en profondeur les liens entre maladies chroniques et isolement social à l'échelle de la population, en particulier au Canada.

La recherche a traité des problèmes de santé chroniques comme une catégorie homogénéisée, censée capter l'influence combinée de *tout* problème de santé, malgré les données probantes indiquant que l'isolement social connaît des variations considérables selon les problèmes de santé¹³. Le regroupement de problèmes de santé variés risque de masquer des mécanismes et des points d'intervention importants. Par exemple, les maladies cardiaques et les problèmes de santé connexes présentent des liens bien documentés

avec l'isolement social, ce qui justifie une exploration plus approfondie¹⁴. L'isolement social est associé à des pronostics cardiovasculaires plus défavorables. Une méta-analyse a montré que les patients entretenant de mauvaises relations sociales, caractérisées par l'isolement social et la solitude, présentaient un risque accru de 29 % de maladie coronarienne et de 32 % d'accident vasculaire cérébral (AVC)¹⁵. Une étude transversale menée auprès de 2521 patients cardiaques danois a révélé que la solitude et l'isolement social coexistaient fréquemment avec une faible littératie en santé et un fardeau de traitement élevé, suggérant que l'isolement peut à la fois résulter de difficultés dans la gestion de la santé cardiovasculaire et y contribuer¹⁶. Des constatations similaires ont été observées pour d'autres problèmes de santé. L'ostéoartrite et la polyarthrite rhumatoïde sont associées à un risque accru d'isolement social¹⁷⁻¹⁸. Une étude longitudinale européenne a montré que l'ostéoartrite plus sévère était liée à un risque accru de 47 % de se retrouver socialement isolé, même après ajustement pour les facteurs sociodémographiques, la dépression et la mobilité¹⁹.

La douleur chronique et l'incapacité fonctionnelle peuvent constituer un lien entre les problèmes de santé chroniques et l'isolement social. La douleur peut être un symptôme direct (par exemple, dans l'arthrite) ou résulter de complications de la maladie (par exemple, une neuropathie diabétique ou un cancer). Les personnes souffrant de douleur chronique sont particulièrement vulnérables à l'isolement social, ce qui peut accentuer un déclin de mobilité²⁰. La douleur est souvent liée à l'isolement social par le biais de plusieurs problèmes de santé chroniques, en particulier ceux impliquant la douleur musculosquelettique²¹⁻²³. Pour comprendre comment les maladies chroniques influencent spécifiquement l'isolement social, il est nécessaire d'évaluer les problèmes de santé chroniques individuels désagrégés (par exemple, maladie cardiovasculaire, arthrite) en tenant compte simultanément des comorbidités, telles que la douleur et l'incapacité fonctionnelle.

Les mécanismes des problèmes de santé chroniques ne sont pas tous physiques. Par exemple, le diagnostic et le traitement du cancer perturbent les habitudes quotidiennes et altèrent l'identité sociale. Une enquête de 2023 menée par l'American

Cancer Society a révélé que plus de la moitié des personnes en rémission de cancer se sentaient socialement isolées, en citant la fatigue, la douleur et la crainte de représenter un fardeau pour autrui²⁴. Bien que certains aient rapporté des liens familiaux renforcés, le cancer est généralement associé à une solitude et un isolement accrus, impactant à la fois la qualité de vie et la survie²⁴. Un changement d'identité sociale et ses interrelations avec l'isolement en lien avec les problèmes de santé chroniques ne sont pas l'apanage du cancer. Les problèmes de santé mentale chroniques sont également associés à l'isolement social. Une revue globale de 53 études a montré des associations constantes entre solitude, isolement et certains diagnostics comme la dépression ou la psychose, bien que la qualité méthodologique des études individuelles soit faible²⁵⁻²⁶. La stigmatisation accentue ce phénomène : une étude qualitative menée auprès de jeunes adultes vivant avec une dépression a décrit la stigmatisation comme un facteur favorisant le secret et un isolement accru²⁷. Peut-être plus que les maladies physiques, les troubles mentaux sont susceptibles de diminuer à la fois la capacité et la motivation à socialiser, ce qui en fait un thème particulièrement pertinent pour l'étude de l'isolement social.

L'isolement social est une préoccupation majeure de santé publique. À l'aide de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS) de 2022 (n = 9861), un échantillon pondéré représentatif de la population canadienne à l'échelle nationale, nous avons analysé comment les problèmes de santé chroniques, la douleur chronique et le handicap étaient associés aux scores sur l'Échelle des provisions sociales (EPS-10), une mesure du soutien social perçu²⁸⁻²⁹. Le soutien social est une dimension étroitement liée aux relations sociales et covarie souvent avec l'isolement social^{5,30}. L'EPS-10 mesure le soutien social aux niveaux structurel et fonctionnel, en évaluant la présence de liens relationnels, les caractéristiques des interactions (par exemple leur fréquence), les perceptions de soutien, le niveau d'intégration au réseau social et la finalité des relations³¹⁻³². Des scores plus élevés à l'EPS-10 indiquent un soutien social perçu plus important, généralement associé à un isolement social moindre^{5,30}. Ainsi, bien que nous présentions nos résultats en termes de soutien social, nous discutons de leurs implications en matière d'isolement

social en tant qu'enjeu de santé publique. Dans notre analyse, nous avons créé une mesure désagrégée des maladies chroniques, en étudiant les différents problèmes de santé chroniques et leurs recouvrements en lien avec l'isolement social, ainsi que la douleur chronique, le handicap et diverses variables sociodémographiques. Nous avons étendu notre recherche à l'échelle de la population canadienne sur l'isolement social en intégrant les données probantes sur les maladies chroniques physiques et sur les maladies chroniques mentales.

Méthodologie

Source de données

Cette étude a utilisé l'ESMAS, une enquête transversale pondérée et représentative à l'échelle nationale, menée par Statistique Canada entre le 17 mars et le 13 juillet 2022²⁸. L'ESMAS a enregistré un taux de réponse de 25 %, avec 9861 participants sur 39485 personnes sollicitées²⁸. L'enquête a recueilli des données sur l'état de santé et l'accès aux services de santé avant et pendant la pandémie de COVID-19, incluant de nombreuses variables relatives au bien-être subjectif, aux troubles mentaux, aux maladies chroniques, à la douleur et au handicap ainsi qu'une série complète de variables sociodémographiques. Les répondants étaient âgés de 15 ans et plus et provenaient de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception des groupes suivants : les Autochtones vivant dans les réserves, les habitants de certaines régions rurales, les membres des Forces armées canadiennes et les personnes vivant en institution. La collecte de données a été stratifiée pour suréchantillonner les quatre principaux groupes de minorités visibles du Canada (Noirs, Asiatiques du Sud, Chinois, Philippins) et pour assurer une représentation adéquate des différents groupes d'âge (15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 ans et plus) et des genres (hommes, femmes). Des renseignements détaillés sur les variables et la conception de l'échantillonnage sont disponibles dans le guide de l'utilisateur, le questionnaire et le dictionnaire de données de l'ESMAS²⁸.

Définitions des variables

Notre variable de résultat est l'EPS-10, une mesure validée dans une fourchette de 10 à 40 points du soutien social perçu, qui

additionne le niveau d'accord des répondants sur 10 questions, notées de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord), couvrant cinq dimensions : attachement, orientation, intégration sociale, alliance fiable et réassurance de la valeur²⁹. L'EPS-10 évalue le soutien social aux niveaux structurel et fonctionnel, en considérant la présence de liens relationnels, les caractéristiques des interactions, les perceptions du soutien, le niveau d'intégration au réseau social et la finalité des relations³¹⁻³². Des scores plus élevés à l'EPS-10 indiquent un soutien social perçu plus important, que nous discutons ici en lien avec l'isolement social, étant donné qu'il s'agit d'une covariable commune^{5,30}.

Nous avons identifié trois variables explicatives d'intérêt distinctes : 1) le handicap, 2) la douleur chronique et 3) les problèmes de santé chroniques. Pour évaluer l'association de chaque variable d'exposition avec l'isolement social, indépendamment des autres facteurs, chacune des trois variables a été incluse dans un modèle analytique avec les variables sociodémographiques.

Le handicap a été évalué à l'aide de l'Échelle d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé à 12 éléments (WHODAS 2.0), une mesure validée dans une fourchette de 0 à 40 points qui somme le niveau de difficulté déclaré par les répondants sur une échelle de 1 (aucune) à 5 (extrême/impossible à réaliser), couvrant les domaines de la cognition, de la mobilité, des soins personnels, des relations interpersonnelles et des activités de la vie quotidienne. Des scores plus élevés indiquent des niveaux d'incapacité plus importants³³. L'échelle WHODAS 2.0 ne comporte aucune question sur la douleur, ce qui le distingue de la mesure de la douleur utilisée dans notre analyse.

La douleur chronique a été mesurée à l'aide de la mesure « pain-by-interruption-of-activities » de l'indice de l'état de santé Health Utilities Index (HUI)³⁴. Plus précisément, le système de classification HUI Mark 3 (HUI3) a été utilisé pour construire la variable à partir de deux questions : 1) une question demandant si le répondant était « habituellement exempt de douleur ou d'inconfort » et 2) une question demandant dans quelle mesure la douleur ou l'inconfort du répondant empêchait la réalisation d'activités^{28,34}. La variable

comprend cinq catégories : « pas de douleur ou de malaise », « douleur qui n'empêche aucune activité », « douleur qui empêche peu d'activités », « douleur qui empêche quelques activités » et « douleur qui empêche la plupart des activités ».

Les problèmes de santé chroniques relevaient de dix catégories : « aucun problème de santé identifié », « problème cardiovasculaire » (hypertension artérielle, cardiopathie), « asthme », « diabète », « arthrite », « problèmes de dos (sauf la fibromyalgie et de l'arthrite) », « migraines », « troubles mentaux » (dépression, dysthymie, manie, troubles bipolaires, anxiété généralisée ou sociale, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, trouble de stress post-traumatique [TSPT], trouble déficitaire de l'attention [TDA]), « autres problèmes de santé non spécifiés » (bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive, cancer, troubles intestinaux, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome de fatigue chronique, sensibilités chimiques multiples, troubles d'apprentissage, schizophrénie, psychose, troubles de l'alimentation et autres problèmes physiques ou mentaux de longue durée non identifiés) et « plusieurs problèmes de santé se chevauchant ». Cette variable a été construite à partir des réponses des répondants aux questions binaires (non/oui) demandant s'ils présentaient l'une des conditions énumérées. Les catégorisations ont d'abord suivi le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)³⁵. Les problèmes de santé qui, dans l'ESMAS, étaient identiques aux catégories établies dans le SCSMC (par exemple l'arthrite) ont été maintenues en tant que catégories de problèmes de santé uniques lorsque la taille de leur échantillon était suffisante pour être conforme aux règles de publication des résultats. Les problèmes de santé qui ne correspondaient à aucune des définitions du SCSMC ont été soit laissés en tant que catégories de problèmes de santé uniques (par exemple les migraines), soit fusionnés avec d'autres problèmes de santé, lorsque la taille de l'échantillon était insuffisante, afin de respecter les règles de diffusion avec pré-pondération relatives à la taille de l'échantillon de l'ESMAS²⁸. Les catégories uniques sont mutuellement exclusives. La catégorie « autres problèmes de santé non spécifiés » regroupe tous les problèmes de santé pour lesquels le nombre de répondants était trop faible pour

être analysé individuellement^{28,*}. La catégorie « plusieurs problèmes de santé se chevauchant » inclut les répondants présentant plus d'un problème de santé.

Les variables de contrôle sociodémographiques étaient l'âge, le genre, l'appartenance ou non à une minorité visible, l'appartenance ou non à la communauté 2ELGBTQI+, le niveau de scolarité, la situation professionnelle, le revenu du ménage, l'état matrimonial, le statut vis-à-vis de l'immigration, la région de résidence et la religiosité^{28,34}. L'âge a été recodé pour correspondre aux tranches cibles de l'ESMAS : 15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Le genre comprenait Hommes + et Femmes + : le signe « + » indique que les répondants non binaires ont été répartis de manière aléatoire dans chaque catégorie[†]. L'appartenance à une minorité visible comprenait la catégorie de non-appartenance à une minorité visible (Blanc, Autochtone) et des catégories de minorités visibles (Noir, Sud-Asiatique, Chinois, Philippin, autre)[‡]. L'appartenance à la communauté 2ELGBTQI+ incluait les catégories Non-2ELGBTQI+ et 2ELGBTQI+[§]. Le niveau de scolarité a été recodé afin de fusionner de petites catégories : « moins que le secondaire », « diplôme d'études secondaires ou équivalent », « collègue, métier ou apprentissage », « université, moins que le baccalauréat » et « baccalauréat ou niveau supérieur ». La situation professionnelle a été construite à partir d'une variable à trois catégories demandant aux répondants leur statut professionnel^{**}. Les personnes travaillant et celles absentes de leur travail ont été regroupées dans la catégorie « en emploi », tandis que celles « n'ayant pas d'emploi » ont été codées « sans emploi ». Une troisième catégorie, « exclu », a été ajoutée afin d'éviter la

perte de tous les répondants âgés de plus de 75 ans lors de la suppression par cas (« casewise deletion »)^{††}.

Le revenu du ménage, en dollars canadiens (CAD), a été recodé à partir de 15 catégories pour former les groupes suivants : moins de 20 000 CAD, 20 000 \$ à 39 999 CAD, 40 000 CAD à 59 999 CAD, 60 000 \$ à 79 999 CAD, et 80 000 CAD ou plus, conformément aux travaux antérieurs dans le cadre de l'ESMAS³⁶. L'état matrimonial a été recodé afin de fusionner de petites catégories : « marié(e) ou en union de fait », « jamais marié(e) » et « veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e) »^{28,37}. Le statut vis-à-vis de l'immigration comprenait les catégories « non-immigrant » et « immigrant ». La région de résidence a été classée en quatre catégories : zones rurales (< 1000 habitants), petit centre de population (1000 à 29999 habitants), centre de population moyen (30000 à 99999 habitants) et grand centre de population urbain (> 100000 habitants). La religiosité a été évaluée en fonction de l'importance de la religion ou de la spiritualité pour le répondant, selon quatre niveaux : « religion pas du tout importante », « religion pas très importante », « religion quelque peu importante » et « religion très importante ».

Analyse statistique

Conformément aux travaux antérieurs de l'ESMAS, les données manquantes pour toutes les variables ont été traitées par suppression par cas³⁶⁻³⁷. L'étude comprend 7994 répondants admissibles. Des pondérations d'enquête et des pondérations *bootstrap* ont été appliquées conformément aux directives de Statistique Canada en tenant compte du plan d'enquête complexe de l'ESMAS²⁸. Nous avons construit

des modèles de régression linéaire pondérés, bivariés et multivariés dans la version 4.5.2 de R (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche), ces derniers évaluant simultanément la manière dont les trois variables d'exposition, ajustées pour les variables de contrôle, étaient associées à l'isolement social.

Résultats

Le tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon pondéré, avec les moyennes et les pourcentages par catégorie accompagnés de leurs intervalles de confiance [IC] à 95 %. Le score moyen de la variable de résultat « isolement social » était de 35,4 (35,3 à 35,6).

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques a révélé que la majorité des participants avaient entre 25 et 44 ans (33,9 % [33,4 à 34,5]), s'identifiaient comme femmes + (50,6 % [50,0 à 51,2]), n'appartenaient pas à une minorité visible (74,1 % [73,3 à 74,9]), n'appartenaient pas à la communauté 2ELGBTQI+ (93,8 % [93,1 à 94,4]), détenaient un baccalauréat ou plus (31,9 % [30,8 à 33,0]), avaient un emploi (61,1 % [60,0 à 62,2]), avaient un revenu de ménage de 80000 CAD ou plus (67,0 % [65,7 à 68,2]), étaient mariés ou en union de fait (58,1 % [56,9 à 59,4]), étaient non-immigrants (70,8 % [69,7 à 71,9]), résidaient dans un grand centre de population urbain (61,6 % [60,3 à 62,8]) et considéraient la religion ou la spiritualité comme n'étant pas du tout importante (28,1 % [26,8 à 29,3]).

Les variables d'exposition se présentaient comme suit : le score moyen de handicap était de 6,3 (6,0 à 6,6), la majorité des participants ne ressentaient aucune douleur ou aucun malaise (77,2 % [76,1 à

* La schizophrénie, la psychose et les troubles de l'alimentation ont été classés dans la catégorie « autres » plutôt que dans celle des troubles mentaux, en raison du regroupement préalable effectué par Statistique Canada dans les microdonnées à grande diffusion de l'ESMAS, qui rendait impossible le recodage de ces problèmes de santé individuellement.

† La décision d'imputer les répondants non binaires dans chaque catégorie de genre a été prise par Statistique Canada. Le format du fichier de microdonnées à grande diffusion a empêché les auteurs de revenir sur cette modification.

‡ La décision de classer les peuples autochtones comme n'appartenant pas à une minorité visible a été prise par Statistique Canada. Le format du fichier de microdonnées à grande diffusion a empêché les auteurs de revenir sur cette modification.

§ Cette variable regroupe toute personne « qui n'est pas cisgenre et/ou dont l'orientation sexuelle n'est pas hétérosexuelle » sous le terme générique 2ELGBTQI+. Elle reflète donc un mélange d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Cette catégorie a été choisie par Statistique Canada. Le format du fichier de microdonnées à grande diffusion a empêché les auteurs de revenir sur cette modification.

** Ni Statistique Canada, ni le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'ESMAS, ni les listes de codage ou le guide de l'utilisateur associés à l'ESMAS ne fournissent d'informations sur la façon dont les étudiants ont été classés dans ces données.

†† Ni Statistique Canada ni les créateurs de l'enquête ESMAS n'ont posé de questions liées à l'emploi aux répondants de 75 ans ou plus. Lorsqu'elle est combinée avec la suppression par cas, cette situation entraîne la perte de 2 504 répondants dans la catégorie des 65 ans et plus, réduisant la proportion de l'échantillon d'environ 20 % à seulement 2 %. Selon les listes de codage associées à l'enquête ESMAS, il y a 2 504 sauts valides pour la variable emploi chez les répondants de 65 ans et plus (les répondants de 75 ans et plus n'ayant pas été interrogés sur cette question). Dans le fichier de microdonnées à grande diffusion, 2 507 répondants de la catégorie des 65 ans et plus sont regroupés comme manquants ou sans objet. Cela signifie que trois répondants ont été interrogés mais n'ont pas fourni de réponse. En termes de données manquantes, 2 504 valeurs sont manquantes de façon structurelle et trois valeurs sont manquantes de façon non structurelle. En raison de la structure du fichier de microdonnées à grande diffusion, il n'était pas possible d'identifier et de distinguer les trois répondants des 2 504 sauts structurels. Nous avons donc jugé qu'il était plus pertinent sur le plan analytique de risquer de classer incorrectement trois répondants plutôt que de retirer 2 504 observations de l'analyse. Ainsi, les 2 507 répondants de la catégorie des 65 ans et plus dont l'activité professionnelle était manquante ont été recodés dans une catégorie « Exclu » au sein de cette variable. Étant donné que l'activité professionnelle constitue uniquement une variable de contrôle, sans interprétation hypothétique, nous considérons que cette solution est appropriée.

TABLEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	Échantillon complet (n = 7994) Pourcentage pondéré (IC à 95 %)
Âge	
15 à 24 ans	14,4 % (14,1 % à 14,8 %)
25 à 44 ans	33,9 % (33,4 % à 34,5 %)
45 à 64 ans	31,7 % (31,1 % à 32,2 %)
65 ans et plus	19,9 % (19,5 % à 20,4 %)
Genre	
Hommes+	49,4 % (48,8 % à 50,0 %)
Femmes+	50,6 % (50,0 % à 51,2 %)
Appartenance à une minorité visible	
N'appartenant pas à une minorité visible	74,1 % (73,3 % à 74,9 %)
Appartenant à une minorité visible	25,9 % (25,1 % à 26,7 %)
Appartenance à la communauté 2ELGBTQI+	
Personne n'appartenant pas à la communauté 2ELGBTQI+	93,8 % (93,1 % à 94,4 %)
Personne 2ELGBTQI+	6,2 % (5,6 % à 6,9 %)
Scolarité	
Moins que le secondaire	9,9 % (9,1 % à 10,7 %)
Diplôme d'études secondaires ou équivalent	24,0 % (22,9 % à 25,2 %)
Collège, métier ou apprentissage	29,7 % (28,4 % à 30,9 %)
Université, moins que le baccalauréat	4,5 % (4,0 % à 5,1 %)
Baccalauréat ou niveau supérieur	31,9 % (30,8 % à 33,0 %)
Situation professionnelle	
Sans emploi	20,6 % (19,5 % à 21,6 %)
En emploi	61,1 % (60,0 % à 62,2 %)
Exclu	18,3 % (17,8 % à 18,8 %)
Revenu du ménage	
< 20 000 CAD	2,6 % (2,1 % à 3,0 %)
20 000 à 39 999 CAD	7,3 % (6,6 % à 8,0 %)
40 000 à 59 999 CAD	11,1 % (10,2 % à 12,0 %)
60 000 à 79 999 CAD	12,1 % (11,2 % à 12,9 %)
≥ 80 000 CAD	67,0 % (65,7 % à 68,2 %)
État matrimonial	
Marié(e) ou en union de fait	58,1 % (56,9 % à 59,4 %)
Jamais marié(e)	29,5 % (28,5 % à 30,6 %)
Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	12,3 % (11,4 % à 13,2 %)
Statut vis-à-vis de l'immigration	
Non-immigrant	70,8 % (69,7 % à 71,9 %)
Immigrant	29,2 % (28,1 % à 30,3 %)

Suite à la page suivante

78,3]) et 36,5 % n'avaient aucun problème de santé chronique identifié (36,5 % [35,2 à 37,8]).

Les résultats des modèles de régression linéaire pondérés bivariés (non ajustés) et multivariés (ajustés) sont présentés dans le tableau 2. Après ajustement pour les variables d'exposition et les variables de contrôle sociodémographiques, seul le handicap s'est révélé significativement associé au score EPS-10 dans le modèle multivarié (B = -0,09 [IC à 95 % : -0,11 à -0,08]). Aucune catégorie de maladie chronique ni aucun niveau de douleur n'a été significativement associé au score EPS-10 dans le modèle multivarié.

Analyse

Nous avons évalué l'association entre d'une part les problèmes de santé chroniques, la douleur chronique et le handicap et d'autre part les scores sur l'EPS-10. Bien que l'EPS-10 mesure le soutien social, il est corrélé à l'isolement social, qui constitue notre variable d'intérêt. Les résultats ont montré que seul le handicap était significativement associé aux scores sur l'EPS-10 dans la population canadienne au moment de la collecte des données. Même si l'effet pratique est modeste (une diminution de 12 % du score EPS-10 sur l'ensemble de l'échelle WHODAS 2.0), l'association demeure significative au niveau de la population, compte tenu de la forte prévalence des limitations fonctionnelles chez les adultes canadiens^{1,3,††}. Ces résultats soulignent l'importance de se concentrer sur les capacités fonctionnelles plutôt que sur les étiquettes diagnostiques lors de l'évaluation de la vulnérabilité sociale. Notre modèle souligne l'importance de considérer simultanément différents aspects de l'expérience de la maladie afin de comprendre comment l'interaction entre la maladie, la douleur et le handicap est associée à l'isolement social.

Aucune catégorie de maladie chronique ni aucun niveau de douleur chronique n'a été associé de manière indépendante aux scores de l'EPS-10 après ajustement pour les autres variables d'exposition et les facteurs sociodémographiques. Loin d'indiquer

†† La taille de l'effet pratique, exprimée en pourcentage de changement, a été calculée en divisant la variation totale du coefficient sur toute l'échelle WHODAS 2.0 par l'étendue de l'EPS-10.

En particulier : $\frac{(-0,09 \times 40)}{30} \times 100 = 12 \%$

Cela correspond à la différence de score sur la variable de résultat entre une personne sans handicap et une personne présentant le score maximal de handicap. Afin d'estimer le pourcentage de variation de l'EPS-10 associé à une augmentation d'un point sur l'échelle WHODAS 2.0, le lecteur doit diviser la variation totale (12 %) par l'étendue de l'échelle WHODAS 2.0 (40).

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	Échantillon complet (n = 7994) Pourcentage pondéré (IC à 95 %)
Région de résidence	
Milieu rural (< 1000 habitants)	18,6 % (17,5 % à 19,7 %)
Petit centre de population (1 000 à 29 999 habitants)	11,2 % (10,4 % à 12,0 %)
Centre de population moyen (30 000 à 99 999 habitants)	8,6 % (7,8 % à 9,4 %)
Grand centre de population urbain (> 100 000 habitants)	61,6 % (60,3 % à 62,8 %)
Religiosité	
Religion pas du tout importante	28,1 % (26,8 % à 29,3 %)
Religion pas très importante	20,6 % (19,6 % à 21,7 %)
Religion quelque peu importante	24,1 % (22,9 % à 25,2 %)
Religion très importante	27,2 % (26,1 % à 28,3 %)
Problèmes de santé chroniques	
Aucun problème de santé identifié	36,5 % (35,2 % à 37,8 %)
Problème cardiovasculaire	5,8 % (5,2 % à 6,4 %)
Asthme	2,6 % (2,2 % à 3,0 %)
Diabète	1,6 % (1,3 % à 1,9 %)
Arthrite	3,6 % (3,1 % à 4,1 %)
Problèmes de dos (sauf fibromyalgie/arthrite)	4,6 % (4,0 % à 5,2 %)
Migraines	3,6 % (3,1 % à 4,1 %)
Troubles mentaux	7,1 % (6,4 % à 7,8 %)
Autres problèmes de santé non spécifiés	6,2 % (5,5 % à 6,8 %)
Multiples problèmes de santé se chevauchant	28,5 % (27,3 % à 29,7 %)
Niveau de douleur	
Pas de douleur ou de malaise	77,2 % (76,1 % à 78,3 %)
Douleur qui n'empêche aucune activité	7,1 % (6,4 % à 7,8 %)
Douleur qui empêche peu d'activités	7,4 % (6,7 % à 8,1 %)
Douleur qui empêche quelques activités	5,0 % (4,4 % à 5,6 %)
Douleur qui empêche la plupart des activités	3,3 % (2,8 % à 3,8 %)
Échelle d'évaluation du handicap de l'OMS (WHODAS 2.0) (0-40) [moyenne]	6,3 (6,0 à 6,6)
Échelle des provisions sociales (EPS-10) (10-40) [moyenne]	35,4 (35,2 à 35,5)

Abréviations : 2ELGBTQI+, personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, intersexuées et autres personnes s'identifiant à des communautés de diversité sexuelle et de genre; IC, intervalle de confiance; OMS, Organisation mondiale de la santé.

Remarques : Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

Le signe plus (+) dans chaque catégorie de genre indique que les répondants non binaires ont été répartis aléatoirement dans chaque catégorie. Cette décision a été prise par Statistique Canada et les créateurs de l'ESMAS.

La variable 2ELGBTQI+ catégorise toute personne « qui n'est pas cisgenre et/ou dont l'orientation sexuelle n'est pas hétérosexuelle » sous le terme générique 2ELGBTQI+. Elle reflète donc un mélange d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Cette décision a été prise par Statistique Canada et les créateurs de l'ESMAS.

Ni Statistique Canada, ni le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'ESMAS, ni les listes de codage ou le guide de l'utilisateur associés à l'ESMAS ne fournissent d'information sur la façon dont les étudiants ont été classés dans ces données.

une absence de risque, ces constatations nulles laissent plutôt penser que la relation entre un problème de santé chronique et l'isolement n'est pas uniquement déterminée par le diagnostic. L'une des explications possibles est qu'une grande partie de la recherche dont on dispose porte sur les problèmes de santé de manière isolée, en mettant l'accent sur des constatations cliniques ou spécifiques à une maladie³⁸⁻³⁹.

Les études qui analysent les problèmes de santé chroniques de manière autonome, sans tenir compte du handicap ni du risque de douleur chronique, masquent la manière dont chaque problème de santé est associé à l'isolement. Dans ces circonstances, le biais de variable omise affecte la magnitude du coefficient, rendant potentiellement certains problèmes de santé plus fortement liés au résultat étudié. En

évaluant des problèmes de santé désagréés en même temps que la douleur, le handicap et les variables de contrôle sociodémographiques à l'aide de données représentatives à l'échelle nationale, nous montrons que l'association de nombreux problèmes de santé diminue. Ainsi, le risque d'isolement associé à des problèmes de santé chroniques spécifiques pourrait être moins lié au diagnostic lui-même qu'à leurs conséquences incapacitantes et au rôle social. Les recherches futures devraient explorer ces pistes plus en détail.

L'absence d'association indépendante entre la douleur chronique et les scores sur l'EPS-10 laisse en outre penser que la douleur pourrait agir sur l'isolement social de manière indirecte, par l'intermédiaire de limitations fonctionnelles, plutôt que de constituer un prédicteur autonome. La douleur peut restreindre la mobilité, réduire l'endurance et limiter l'engagement dans les activités sociales, mais ses conséquences sociales peuvent être plus prononcées lorsqu'elle se traduit par un handicap mesurable. Cette interprétation s'aligne sur les modèles conceptuels qui distinguent les symptômes de leurs effets fonctionnels et sociaux en aval et souligne l'importance d'analyser les voies médiatrices dans les recherches futures. Pris ensemble, ces résultats renforcent la nécessité de déplacer l'attention théorique et empirique des explications de l'isolement social centrées sur des maladies spécifiques vers des mécanismes fonctionnels qui transcendent les frontières diagnostiques. Plus précisément, les recherches futures disposant de données plus robustes (par exemple, des études longitudinales avec un échantillon plus large) devraient explorer ces voies de médiation.

Le handicap s'est révélé significativement associé à l'isolement social dans notre modèle multivarié. Cette observation s'inscrit dans les tendances identifiées dans la littérature qui soulignent l'importance de la déficience fonctionnelle comme facteur d'isolement social au-delà des problèmes de santé^{20,40}. Les limitations fonctionnelles peuvent restreindre la participation aux activités sociales, créer des barrières logistiques à l'interaction et contribuer au sentiment de fardeau, renforçant ainsi l'isolement. Nos résultats suggèrent qu'une fois le handicap et d'autres facteurs socio-démographiques pris en compte, d'autres variables d'exposition, comme la douleur

TABEAU 2
Modèles de régression linéaire bivarié et multivarié pour prédire
l'isolement social (n = 7994)

Caractéristiques	Modèle bivarié (IC à 95 %)	Modèle multivarié (IC à 95 %)
Problèmes de santé chroniques		
Aucun problème de santé identifié	Référence	Référence
Cardiovasculaire	0,11 (-0,35 à 0,57)	0,29 (-0,17 à 0,75)
Asthme	0,64 (-0,09 à 1,38)	0,19 (-0,49 à 0,87)
Diabète	-0,63 (-1,50 à 0,25)	-0,32 (-1,17 à 0,54)
Arthrite	-0,12 (-0,71 à 0,47)	-0,23 (-0,87 à 0,42)
Problèmes de dos (sauf fibromyalgie/arthrite)	-0,01 (-0,63 à 0,61)	0,08 (-0,52 à 0,68)
Migraines	0,05 (-0,57 à 0,67)	-0,21 (-0,80 à 0,38)
Troubles mentaux	-0,30 (-0,81 à 0,21)	-0,21 (-0,72 à 0,30)
Autres problèmes de santé non spécifiés	0,27 (-0,22 à 0,77)	0,17 (-0,29 à 0,63)
Plusieurs problèmes de santé se chevauchant	-0,80 (-1,11 à -0,48)***	-0,19 (-0,53 à 0,15)
Niveau de douleur		
Pas de douleur ou de malaise	Référence	Référence
Douleur qui n'empêche aucune activité	-0,19 (-0,65 à 0,27)	-0,10 (-0,55 à 0,35)
Douleur qui empêche peu d'activités	-0,76 (-1,24 à -0,29)**	-0,33 (-0,81 à 0,15)
Douleur qui empêche quelques activités	-0,83 (-1,48 à -0,17)*	0,12 (-0,50 à 0,74)
Douleur qui empêche la plupart des activités	-2,13 (-3,06 à -1,20)***	0,22 (-0,72 à 1,17)
Échelle d'évaluation du handicap de l'OMS (WHODAS 2.0) (0-40)	-0,01 (-0,11 à -0,08)***	-0,09 (-0,11 à -0,08)***

Abbreviations : IC, intervalle de confiance; OMS, Organisation mondiale de la santé.

Remarque : Variables de contrôle incluses dans le modèle multivarié : âge, genre, appartenance à une minorité visible, appartenance à la communauté 2ELGBTQI+, niveau de scolarité, activité professionnelle, revenu du ménage, état matrimonial, statut vis-à-vis de l'immigration, région de résidence et religiosité.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

chronique, peuvent agir indirectement par l'intermédiaire du handicap plutôt que de constituer un prédicteur autonome de l'isolement. Les politiques visant à améliorer la mobilité, à réduire les obstacles à la participation et à développer les technologies d'assistance seront probablement plus efficaces pour réduire l'isolement que des interventions exclusivement centrées sur la gestion des problèmes de santé chroniques. Du point de vue du système de santé, l'intégration des évaluations du handicap dans les soins courants pour les maladies chroniques pourrait aider à identifier les personnes les plus à risque d'isolement et faciliter la mise en place de prescriptions sociales ou d'interventions proactives. Une désagrégation plus fine du handicap, combinée à d'autres mesures, permettrait d'obtenir des perspectives encore plus nuancées, car l'échelle WHODAS 2.0 ne dispose pas d'un seuil universellement reconnu définissant le handicap⁴¹.

Points forts et limites

Notre mesure des problèmes de santé chroniques a utilisé la désagrégation en catégories chaque fois que possible, tout en incluant à la fois les problèmes de santé physiques et les problèmes de santé mentaux, plutôt que de regrouper des conditions hétérogènes. Cette approche a permis de mettre en évidence des associations (non significatives) auparavant masquées dans les analyses regroupant l'ensemble des problèmes de santé. Nos résultats confirment l'importance de l'incapacité comme déterminant central de l'isolement, suggérant que les interventions devraient privilégier les soutiens fonctionnels et l'amélioration de l'accessibilité.

Les données transversales limitent les inférences causales; néanmoins, l'ESMAS fournit une image représentative et robuste à l'échelle nationale de la relation entre les problèmes de santé chroniques, la douleur chronique, le handicap et l'isolement social au moment de la collecte.

Il serait possible d'aller plus loin pour identifier les associations potentielles entre certaines catégories de maladies chroniques individuelles qui n'étaient pas dissociables dans la cette étude (par exemple, le cancer).

La suppression par cas et les règles de diffusion pondérées liées à la taille de l'échantillon de l'ESMAS limitent toutefois l'analyse significative de sous-groupes. Les recherches futures devraient explorer des hypothèses de voies médiatrices ou modératrices en lien avec certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le genre, le statut socio-économique et la race/ethnie, en s'appuyant sur des données plus robustes sur le plan empirique (par exemple, des études longitudinales) et sur des mesures plus directes de l'isolement social.

Cette enquête a été menée à la fin de la pandémie de COVID-19, période durant laquelle les modèles de participation sociale ont été modifiés. Cela peut limiter la généralisabilité des résultats aux contextes post-pandémiques, tout en offrant un aperçu utile de la manière dont les contraintes fonctionnelles influencent l'isolement social dans des conditions de participation sociale restreinte.

Conclusion

Cette étude a porté sur l'association entre d'une part les problèmes de santé chroniques, la douleur chronique et le handicap et d'autre part par les scores sur l'EPS-10, dans le contexte de l'isolement social chez les adultes canadiens. Après ajustement pour les données sociodémographiques, le handicap est apparu comme la seule variable d'exposition significativement associée à l'isolement social. Ces résultats suggèrent que l'isolement social est davantage lié aux limitations fonctionnelles qu'aux diagnostics ou aux symptômes seuls. En analysant simultanément les maladies chroniques, la douleur et le handicap au sein d'un modèle unique à l'échelle de la population, cette étude montre que le handicap et les limitations fonctionnelles, qui restreignent la participation et l'engagement social, peuvent jouer un rôle plus déterminant dans l'isolement social. Cette distinction a des implications importantes pour les politiques et les interventions en santé, en mettant en évidence la valeur des évaluations fonctionnelles pour identifier les personnes à risque d'isolement social. Les

initiatives visant à réduire l'isolement social sont susceptibles d'être plus efficaces lorsqu'elles se concentrent sur la diminution des obstacles fonctionnels et le soutien à la participation plutôt que sur la prise en charge des problèmes de santé chroniques de manière isolée.

Remerciements

Cette recherche a été soutenue par le département de sociologie de l'Université de Toronto grâce à une subvention de recherche.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

DD : conception; acquisition de financements; analyse formelle; méthodologie; présentation visuelle; rédaction de la première version du manuscrit, relectures et corrections.

FR : conception; acquisition de financements; analyse formelle; méthodologie; présentation visuelle; rédaction de la première version du manuscrit, relectures et corrections.

NDS : conception, méthodologie, supervision, relectures et corrections.

Le contenu et les points de vue exprimés dans cet article sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle du gouvernement du Canada.

Cette analyse repose sur l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins de Statistique Canada (2022). Tous les calculs, utilisations et interprétations de ces données relèvent entièrement des auteurs Dorian DiTommaso, Fabio Robibaro et Nicholas Spence.

Références

1. Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prévalence et profils de la multimorbidité au Canada et déterminants associés. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015; 35(6):93-101. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.6.01f>
2. Gardiner C., Geldenhuys G., Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health Soc Care Community. 2016;26(2):147-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
3. Agence de la santé publique du Canada. Vieillesse et maladies chroniques : profil des aînés canadiens [Internet]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada, 2020. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report-2021-fra.pdf>
4. Statistique Canada. La santé de la population canadienne [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2023 [modification le 11 janv. 2024; consultation le 28 sept. 2025]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/82-570-x2023001-fra.htm>
5. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. J Health Soc Behav. 2009;50(1):31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
6. Hämmig O. Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. PLoS One. 2019;14(7):e0219663. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219663>
7. Meek KP, Bergeron CD, Towne SD, Ahn S, Ory MG, Smith ML. Restricted social engagement among adults living with chronic conditions. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(1):158-171. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010158>
8. Agni N, Dragioti E, Bastas N-S, Zagorianakou N, Kakaidi V, Tsartsalis D et al. Loneliness, social isolation, and living alone: a comprehensive systematic review, meta-analysis, and meta-regression of mortality risks in older adults. Aging Clin Exp Res. 2025;37(1):29. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02925-1>
9. Wister AV, Li L, Mitchell BA. A study of social isolation, multimorbidity and multiple role demands among middle-age adults based on the Canadian Longitudinal Study on Aging. Int J Aging Hum Dev. 2022;94(3):312-343. <https://doi.org/10.1177/00914150211040451>
10. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Multimorbidity, loneliness, and social isolation. A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(22):8688. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228688>
11. Hounkpatin H, Simpson G, Santer M, Farmer A, Dambha-Miller H. Multiple long-term conditions, loneliness and social isolation: a scoping review of recent quantitative studies. Arch Gerontol Geriatr. 2024;120:105347. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105347>
12. Gouvernement du Canada, Conseil national des aînés. Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? : Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés [Internet]. Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; 2017. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/programs/reports/nscl_fre.pdf
13. Umberson D, Donnelly R. Social isolation: an unequally distributed health hazard. Annu Rev Sociol. 2023;49: 379-399. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-031021-012001>
14. Ning X, Li H. Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. Antioxid Redox Signal. 2018;28(9) : 837-851. <https://doi.org/10.1089/ars.2017.7312>
15. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016;102(13):1009-1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
16. Christiansen J, Lasgaard M, Pedersen SS, Pedersen MH, Friis K. Social disconnectedness in individuals with cardiovascular disease: associations with health literacy and treatment burden. Int J Behav Med. 2024;31(3): 363-371. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10263-9>

17. Zheng C, He M-H, Huang J-R, He Y. Causal relationships between social isolation and osteoarthritis: a Mendelian randomization study in European population. *Int J Gen Med*. 2021;14:6777-6786. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S331864>
18. Zhang R-D, Che X, Zhao Y-Q, Zhao C-N, Huang J-X, He YS et al. Association of social isolation and loneliness with incident rheumatoid arthritis in a population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2025;15:417-425. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.163>
19. Siviero P, Veronese N, Smith T, Stubbs B, Limongi F, Zamboni S et al. Association between osteoarthritis and social isolation: data from the EPOSA Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(1):87-95. <https://doi.org/10.1111/jgs.16159>
20. Bannon S, Greenberg J, Mace RA, Locascio JJ, Vranceanu A-M. The role of social isolation in physical and emotional outcomes among patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;69:50-54. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.009>
21. Smith T. "On their own": social isolation, loneliness and chronic musculoskeletal pain in older adults. *Quality in ageing: policy, practice, and research*. 2017;18(2):87-92. <https://doi.org/10.1108/OAOA-03-2017-0010>
22. Smith TO, Dainty JR, Williamson E, Martin KR. Association between musculoskeletal pain with social isolation and loneliness: analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *Br J Pain*. 2019;13(2):82-90. <https://doi.org/10.1177/2049463718802868>
23. Matsuda S, Doi T, Nakakubo S, Sakimoto F, Shimada H. The combined effects of chronic pain and different types of isolation on the incidence of disability in community-dwelling older adults: prospective cohort study. *J Am Med Dir Assoc*. 2025;26(9):105748. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105748>
24. American Cancer Society, Cancer Action Network. Survivor views on social connection and isolation [Internet]. 2023 [consultation le 28 sept. 2025]. En ligne à : <https://www.fightcancer.org/policy-resources/survivor-views-social-connection-isolation>
25. Linz SJ, Strum BA. The phenomenon of social isolation in the severely mentally ill. *Perspect Psychiatr Care*. 2013;49(4):243-254. <https://doi.org/10.1111/ppc.12010>
26. Pearce E, Birken M, Pais S, Tamworth M, Ng Y, Wang J, et al. Associations between constructs related to social relationships and mental health conditions and symptoms: an umbrella review. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):652-683. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05069-0>
27. Prizeman K, Weinstein N, McCabe C. Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry*. 2021;23(527). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04991-7>
28. Statistique Canada. Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS) : fichier de microdonnées à grande diffusion [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2022 [modification le 17 mars 2026; consultation le 28 sept. 2025]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82M0021X>
29. Orpana, HM, Lang JL, Yurkowski K. Validation d'une version réduite de l'Échelle de provisions sociales au moyen de données d'enquêtes nationales canadiennes. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2019;39(12): 352-362. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.39.12.02f>
30. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data. *PLoS One*. 2020;15(3):e0230673. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230673>
31. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open*. 2016;6:e010799. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>
32. Drageset J. Social Support. Dans : Haugan G., Eriksson M., dir. *Health promotion in health care – vital theories and research*. Springer; 2021. p. 137-144.
33. Paton M, Lane R. Clinimetrics: World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *J Physiother*. 2020;66:199. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.002>
34. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:54. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-54>
35. Agence de la santé publique du Canada. Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques – Un aperçu [Internet]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2018 [modification le 6 mai 2021; consultation le 28 sept. 2025]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-fiche-information.html>
36. Akther A, Landry B, Elton-Marshall T, Colman I. Religion/spirituality, perceived need for care, and treatment-seeking behaviour in a sample of distressed Canadians. *J Affect Disord*. 2025;381(2025):183-189. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.203>
37. Hassan F, Liu L, Feng C. Double burden of distress: exploring the joint associations of loneliness and financial strain with suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(5):682-700. <https://doi.org/10.3390/ijerph22050682>
38. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes. *Ann Behav Med*. 2021;55(3):203-215. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa044>

-
39. Holt-Lunstad J, Steptoe A. Social isolation: an underappreciated determinant of physical health. *Curr Opin Psychol.* 2022;(34):232-237. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.012>
 40. Emerson E, Fortune N, Llewellyn G, Stancliffe R. Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: cross-sectional study. *Disabil Health J.* 2021;14(1):100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>
 41. Paton M, Lane R. Clinimetrics: World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *J. Physiother.* 2020;66(2020):199.

In Memoriam – Hommage au D^r Don Wigle

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



Nous tenons à signaler le décès de Don Wigle, M.D., Ph. D., M.S.P., survenu le 19 février 2026 à Ottawa. En 1980, Don a donné le coup d'envoi pour la création d'une nouvelle revue, *Maladies chroniques au Canada*. La revue a été renommée *Maladies chroniques et blessures au Canada* en 2011 et *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* en 2015. Don a vu en la fondation d'une revue un moyen clé de mettre en valeur les activités de recherche et de surveillance du Laboratoire de lutte contre la maladie (précurseur de l'Agence de la santé publique du Canada) et d'autres chercheurs en santé canadiens. Don a été le chercheur principal de nombreuses études épidémiologiques sur les risques environnementaux, incluant le radon et les pesticides, et était un champion intrépide de l'action gouvernementale contre le tabagisme.

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 chercheuses et 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 2026.

Amaratunga K. What remains. JAMA. 2026;335(7):578-9. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.23936>

Andreacchi AT, Carnide N, Fuller A, **Blair A**, Siddiqi A, Shahidi FV. Socioeconomic inequities in drug poisoning deaths in Canada. Can J Public Health. 2026. <https://doi.org/10.17269/s41997-026-01166-1>

Biswas A, Chen C, **Lang JJ**, Villeneuve PJ, Smith PM, **Prince SA**. The interplay of home and work neighbourhood environment characteristics and associations with active commuting. J Transp Health. 2026;48:102278. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2026.102278>

Marín-Jiménez N, Bizzozero-Peroni B, Molina-Garcia P, Ortega FB, Chaput JP, Zhang K, **Lang JJ**, et al. Clinical importance of simple muscular fitness tests to predict long-term health conditions: a systematic review and meta-analysis of 94 cohort studies. Br J Sports Med. 2026;bjsports-2024-109173. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-109173>

