



Caractéristiques associées au dépistage du SRAS-CoV-2, à l'infection et au taux de vaccination chez les travailleurs essentiels non soignants à Montréal, 2021

Chelsea Caya^{1,2}, Dick Menzies^{3,4,5}, Jesse Papenburg^{1,2,6,7}, Cedric Yansouni^{1,2,7,8}, Jonathon Campbell^{1,3,4,9*}

Résumé

Contexte : Les taux d'infection par le SRAS-CoV-2 ont été plus élevés chez les travailleurs essentiels non soignants que chez les travailleurs non essentiels.

Objectif : Déterminer les caractéristiques associées au dépistage du SRAS-CoV-2, à l'infection et au taux de vaccination chez les travailleurs essentiels non soignants à Montréal, au Québec.

Méthodes : Analyse secondaire et transversale des données recueillies auprès de participants recrutés de manière prospective dans le cadre de deux études d'observation (première étude, étude de dépistage sur site, janvier à mars 2021; deuxième étude, étude d'autodépistage, juillet à octobre 2021) portant sur des travailleurs essentiels non soignants en 2021. La régression logistique avec des modèles linéaires mixtes généralisés a été utilisée pour explorer les caractéristiques associées à nos résultats (tests antérieurs de dépistage du SRAS-CoV-2, exposition et vaccination).

Résultats : Au total, 2 755 participants ont été inclus (première étude, étude de dépistage sur site, n = 2 128; deuxième étude, étude d'autodépistage, n = 627). Une plus grande proportion de participants s'est identifiée comme étant de sexe masculin (n = 1 601; 58 %), non Blanc (n = 1 527; 55 %) et travaillant dans le secteur manufacturier ou de l'approvisionnement (n = 1 706; 62 %). Par rapport à l'étude de dépistage sur site, les participants à la deuxième étude d'autodépistage étaient plus susceptibles d'avoir déjà subi un test de dépistage du SRAS-CoV-2 (78 % vs 46 %; RCa 4,1, IC à 95 % : 3,2–5,2) et d'avoir reçu un résultat positif à un test de dépistage avant l'inscription à l'étude (6,2 % vs 4,3 %; RCa 1,7, IC à 95 % : 1,1–2,6). Les personnes ayant déclaré avoir été récemment exposées au SRAS-CoV-2 étaient plus susceptibles d'avoir déjà subi un test de dépistage du SRAS-CoV-2 (RCa 4,0, IC à 95 % : 3,0–5,4), alors que l'âge plus avancé (RCa 0,98, IC à 95 % : 0,98–0,99 par augmentation d'un an) et le fait d'être un homme (RCa 0,6, IC à 95 % : 0,5–0,7) étaient associés à une probabilité plus faible d'avoir déjà subi un test de dépistage. Les résultats étaient semblables dans les analyses regroupées. Les participants issus d'entreprises comptant plus de 50 employés étaient plus susceptibles d'avoir reçu un vaccin contre le SRAS-CoV-2 (91 % vs 80 %; RCa 2,6, IC à 95 % : 1,4–4,8).

Conclusion : La prise en compte des caractéristiques individuelles et professionnelles associées aux programmes de dépistage et de vaccination contre le SRAS-CoV-2 pourrait améliorer l'équité, l'adoption et l'incidence.

Citation proposée : Caya C, Menzies D, Papenburg J, Yansouni CP, Campbell JR. Caractéristiques associées au dépistage du SRAS-CoV-2, à l'infection et au taux de vaccination chez les travailleurs essentiels non soignants à Montréal, 2021. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2024;50(6):245–55.

<https://doi.org/10.14745/ccdr.v50i06a05f>

Mots-clés : SRAS-CoV-2, vaccination, santé publique, maladies infectieuses

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



Affiliations

¹ Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, Montréal, QC

² Initiative interdisciplinaire en infection et immunité de McGill, Montréal, QC

³ Unité de recherche respiratoire, épidémiologique et clinique, Centre de recherche évaluative en santé, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, Montréal, QC

⁴ Centre international de TB de McGill, Montréal, QC

⁵ Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, Montréal, QC

⁶ Service des maladies infectieuses pédiatriques, département de pédiatrie, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, QC

⁷ Maladies infectieuses et microbiologie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, QC

⁸ Centre J. D. MacLean pour maladies tropicales, Université McGill, Montréal, QC

⁹ Départements de médecine et de santé mondiale et publique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, Montréal, QC

*Correspondance :
jonathon.campbell@mcgill.ca



Introduction

La transmission du SRAS-CoV-2 se poursuit à l'échelle mondiale (1). Certaines populations ont été touchées différemment par le SRAS-CoV-2, comme les minorités visibles et les personnes occupant des emplois considérés comme « à haut risque » (2). Notamment, les travailleurs essentiels non soignants sur site ont connu des taux d'infection par le SRAS-CoV-2 plus élevés que les travailleurs non essentiels et à domicile (3–6). À Montréal, au Canada, les lieux de travail essentiels ne relevant pas du secteur de la santé ont été le plus souvent impliqués dans les éclusions importantes (7).

En 2021, nous avons mené deux études auprès de travailleurs essentiels non soignants à Montréal, au Canada. Dans la première étude, nous avons visité des entreprises afin d'évaluer l'échantillonnage sur place pour le dépistage du SRAS-CoV-2 entre janvier et mars 2021 (8), une période marquée par d'importantes mesures de santé publique visant à freiner la transmission du SRAS-CoV-2 et précédant la large disponibilité des vaccins contre ce virus. Dans la seconde étude, nous avons évalué l'autodépistage du SRAS-CoV-2 à l'aide de tests de diagnostic rapide dans des entreprises semblables, de juillet à octobre 2021 (9), une période où les mesures de santé publique en vigueur étaient minimes et où tous les adultes étaient admissibles à la vaccination contre le SRAS-CoV-2 (10). Ces études, menées auprès de populations semblables pendant des périodes où les mesures de santé publique et la disponibilité des vaccins étaient différentes, permettent de mieux comprendre les caractéristiques associées au dépistage et à l'infection par le SRAS-CoV-2, au taux de vaccination et aux comportements de la population.

L'objectif de cette étude était d'exploiter les données recueillies dans le cadre de deux études prospectives auprès de personnes travaillant dans des entreprises non liées au secteur de la santé à Montréal en 2021, afin d'effectuer des analyses descriptives et exploratoires visant à déterminer les caractéristiques associées au dépistage et à l'infection par le SRAS-CoV-2, au taux de vaccination et aux comportements de la population (e.g., les voyages à l'extérieur de Montréal et de la province de Québec).

Méthodes

Conception de l'étude, participants et procédures

Nous avons procédé à une analyse secondaire des données recueillies auprès de participants recrutés de manière prospective dans le cadre de deux études. La première (ci-après, l'*« étude de dépistage sur site »*) était une étude prospective et transversale qui s'est déroulée du 27 janvier au 12 mars 2021, et la seconde (ci-après, l'*« étude d'autodépistage »*) était une étude prospective et transversale qui s'est déroulée du

7 juillet au 8 octobre 2021. Des questionnaires identiques ont été utilisés dans les deux études, à l'exception de questions supplémentaires relatives à la vaccination dans l'étude d'autodépistage ([appendice 1, matériel supplémentaire](#)). Des descriptions détaillées des différentes études sont disponibles ailleurs (8,9).

Étude de dépistage sur site

Dans le cadre de cette étude, des entreprises employant des travailleurs essentiels non soignants situées principalement dans l'arrondissement de Montréal-Nord ont été contactées. Les entreprises pouvaient être de toute taille et les employés admissibles avaient 18 ans et plus, ne présentaient aucun symptôme et n'avaient pas reçu de résultat positif à un test de dépistage au SRAS-CoV-2 au cours des quatre semaines précédentes. Notre équipe d'étude s'est rendue dans les entreprises participantes afin de recueillir des échantillons de gargarisme salin pour le dépistage du SRAS-CoV-2 auprès des employés consentants présents le jour de notre visite.

Étude d'autodépistage

Dans le cadre de cette étude, les entreprises de la région métropolitaine de Montréal employant des travailleurs essentiels non soignants et identifiées par la santé publique de Montréal comme ayant signalé au moins deux cas de SRAS-CoV-2 au cours des 14 derniers jours ont été contactées. L'admissibilité des participants était identique à celle de l'étude de dépistage sur site. Par contre, nous avons accordé la priorité aux entreprises de plus de 50 employés. Dans les entreprises participantes, les employés consentants présents le jour de notre visite ont effectué un test de détection rapide de l'antigène du SRAS-CoV-2 (dispositif de test rapide de l'antigène COVID-19 Panbio™; Laboratoires Abbott) sous la supervision de l'équipe de l'étude.

Mesures de santé publique et disponibilité des vaccins à Montréal en 2021

Les mesures de santé publique et la disponibilité des vaccins différaient entre les études incluses, l'étude de dépistage sur site présentant des mesures et des restrictions de voyage au Québec et au Canada très strictes, comparativement aux mesures et restrictions de voyage interprovincial en vigueur pendant la période de l'étude d'autodépistage.

Au Québec, un couvre-feu au niveau de la province de 20 h à 5 h a été instauré le 9 janvier 2021, jusqu'au 28 mai 2021 (11,12), soit pendant toute la période de l'étude de dépistage sur site. En ce qui concerne les restrictions de voyage, les voyages non essentiels ont été déconseillés jusqu'au 28 mai 2021, alors que la frontière entre l'Ontario et le Québec a été fermée pour les voyages non essentiels du 19 avril au 16 juin 2021 (13,14).



ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les mesures de santé publique comprenaient également la fermeture de tous les commerces non essentiels à Montréal du 25 décembre 2020 au 8 février 2021 (15,16). Progressivement et jusqu'au 28 juin 2021, la plupart des mesures de santé publique ont été assouplies. Les limites de rassemblement et de capacité sont toutefois restées en place (17) et ont été relevées le 1^{er} août 2021. Aucune mesure de santé publique supplémentaire n'a été imposée jusqu'au 16 décembre 2021 en raison du variant Omicron (18,19).

Le déploiement des vaccins contre le SRAS-CoV-2 à Montréal a commencé le 1^{er} mars et, le 14 mai 2021, tous les adultes du Québec pouvaient recevoir un tel vaccin, soit environ 10 semaines avant le début de l'étude de dépistage (10,20).

Analyses statistiques

Nous avons effectué des analyses descriptives en utilisant les médianes et les écarts interquartiles (EI) pour les données continues et les proportions pour les données catégorielles, pour les caractéristiques individuelles et professionnelles de la population totale, ainsi que pour chaque population étudiée séparément. Les caractéristiques des deux populations étudiées ont été comparées à l'aide de tests statistiques appropriés (tests de Kruskal-Wallis pour les variables continues et tests du khi carré ou tests exacts de Fisher pour les variables catégorielles).

Les caractéristiques individuelles évaluées comprenaient l'âge (continu), le sexe (masculin, féminin), l'appartenance ethnique déclarée (Blanc, non Blanc), le revenu du ménage basé sur la région de tri d'acheminement (quintile de revenu pour les 60 % les plus élevés, et les 40 % les plus bas), la présence déclarée d'un problème de santé (oui, non) et les antécédents de tabagisme déclarés (jamais, fumeur ou ancien fumeur). Les caractéristiques des entreprises comprenaient le secteur (manufacture/approvisionnement, commerce de détail/clientèle, bureau, garderie) et la taille de l'entreprise (50 employés ou moins, plus de 50 employés). Les questionnaires et l'harmonisation des données entre les études sont décrits à l'**appendice 2, matériel supplémentaire, tableaux S1 à S2**, respectivement.

Nous avons évalué cinq résultats : 1) réception d'un test de dépistage du SRAS-CoV-2 avant l'inscription à l'étude; 2) résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2 plus de quatre semaines avant l'inscription à l'étude; 3) voyage autodéclaré à l'extérieur de la région de Montréal ou du Québec au cours des 14 jours précédents; 4) exposition connue au SRAS-CoV-2, à l'exclusion de l'exposition sur le lieu de travail, au cours des 14 jours précédents; et 5) réception d'au moins une dose de vaccin contre le SRAS-CoV-2. Chaque résultat a été évalué dans la population regroupée de l'étude, à l'exception de la vaccination contre le SRAS-CoV-2, qui n'était disponible que dans l'étude d'autodépistage.

Nous avons effectué une régression logistique avec des modèles linéaires mixtes généralisés pour estimer le rapport de cotes ajusté (RCa) et l'intervalle de confiance (IC) à 95 % pour chaque résultat, le secteur d'activité étant traité comme une interception aléatoire. Les modèles comprenaient des a priori peu informatifs pour traiter la séparation quasi complète de certains effets fixes observée dans des études antérieures (8). Les modèles ont été ajustés en fonction des caractéristiques des individus et des entreprises, ainsi que de l'étude (pour déterminer les différences de risque entre les études), le cas échéant. Les facteurs de confusion pris en compte comprenaient l'âge, le sexe, le tabagisme, d'autres facteurs de santé, l'origine ethnique, le revenu basé sur la région de tri d'acheminement, les voyages récents hors du Québec, l'exposition à une personne positive au SRAS-CoV-2 et la taille de l'entreprise. Nous avons répété toutes les analyses regroupées en fonction de l'étude, du sexe, de l'origine ethnique, du revenu et du secteur d'activité. Si les directions de l'effet pour les caractéristiques évaluées différaient de manière importante, nous avons évalué la modification de l'effet à l'aide de tests du rapport de vraisemblance des modèles avec ou sans paramètres d'interaction. Les données ont été analysées à l'aide de R (version 4.2.2) en utilisant les paquets de base ou les paquets blme (version 1.0-5) et BhGLM (version 1.1.0).

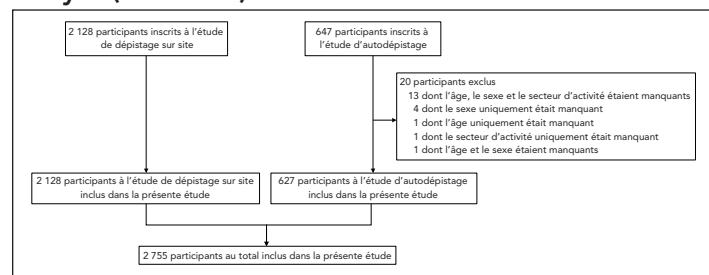
Approbation éthique

Les études originales ont été approuvées par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (2021-7057 et MP-37-2022-7762), tout comme la présente étude (2023-9046). En raison de la nature de l'analyse secondaire des données pour la présente étude, une renonciation au consentement éclairé a été obtenue.

Résultats

Au total, 2 775 participants ont rempli un questionnaire entre les deux études (étude de dépistage sur site, n = 2 128; étude d'autodépistage, n = 647), dont 2 755 ont été inclus dans cette analyse (**figure 1**). Les 20 exclusions concernaient toutes l'étude d'autodépistage.

Figure 1 : Nombre de participants inscrits dans les études originales qui ont été inclus dans la présente analyse (n = 2 755)





L'âge médian des participants était de 48 ans (EI : 37–57), 1 154 (42 %) étaient des femmes, 1 527 (55 %) s'identifiaient comme non-Blancs et beaucoup ($n = 1\ 704$; 62 %) vivaient dans des régions où les revenus des ménages se situaient dans les deux quintiles les plus bas. La plupart des participants ($n = 1\ 706$; 62 %) travaillaient dans le secteur manufacturier/approvisionnement et dans des entreprises de plus de 50 employés ($n = 1\ 755$; 64 %). Les caractéristiques des

participants en termes de secteur d'activité et de taille de l'entreprise, de sexe, d'appartenance ethnique déclarée et de présence de problèmes de santé varient de manière importante ($p < 0,05$) d'une étude à l'autre (tableau 1). Les caractéristiques désagrégées des participants concernant l'origine ethnique, le revenu et le secteur d'activité se trouvent à l'appendice 2, tableau S1.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants inclus, pour chaque étude et au total

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants à l'étude de dépistage sur site N = 2 128	Nombre et pourcentage de participants à l'étude d'autodépistage N = 627	Nombre et pourcentage total de participants N = 2 755	Valeur p
Âge, médiane (EI), années	48 (EI : 37–57)	48 (EI : 34–57)	48 (EI : 37–57)	0,477
Secteur d'activité				
Manufacture/approvisionnement	1 408 (66,2)	298 (47,5)	1 706 (61,9)	< 0,001
Commerce de détail/service à la clientèle	426 (20,0)	90 (14,3)	516 (18,7)	
Bureau	181 (8,5)	239 (38,1)	420 (15,2)	
Garde d'enfants	113 (5,3)	0 (0)	113 (4,1)	
Taille de l'entreprise				
1 à 50 employés	895 (42,1)	105 (16,7)	1 000 (36,3)	< 0,001
Plus de 50 employés	1 233 (57,9)	522 (83,2)	1 755 (63,7)	
Sexe				
Homme	1 320 (62,0)	281 (44,8)	1 601 (58,1)	< 0,001
Femme	808 (38,0)	346 (55,2)	1 154 (41,9)	
Ethnicité				
Blanc	926 (43,5)	302 (48,2)	1 228 (44,6)	0,0441
Non-Blanc	1 202 (56,5)	325 (51,8)	1 527 (55,4)	
Revenu				
Les 60 % les plus élevés	797 (37,4)	254 (40,5)	1 051 (38,1)	0,181
Les 40 % les plus bas	1 331 (62,5)	373 (59,5)	1 704 (61,8)	
Facteur de santé				
Non	1 681 (79,0)	457 (72,9)	2 138 (77,6)	0,0015
Oui	447 (21,0)	170 (27,1)	617 (22,4)	
Antécédents de tabagisme				
Jamais fumé	1 668 (78,4)	484 (77,2)	2 152 (78,1)	0,563
Fumeur/ancien fumeur	460 (21,6)	143 (22,8)	603 (21,9)	
Voyages récents à l'extérieur de Montréal^a				
Oui	50 (2,3)	111 (17,7)	161 (5,8)	< 0,001
Non/non signalé	2 078 (97,6)	516 (82,3)	2 594 (94,1)	
Voyages récents hors du Québec^a				
Oui	8 (0,4)	15 (2,4)	23 (0,8)	< 0,001
Non/non signalé	2 120 (99,6)	612 (97,6)	2 732 (99,2)	
Contact avec une personne positive à la COVID-19 en dehors du lieu de travail?				
Non	1 878 (88,2)	555 (88,5)	2 433 (88,3)	< 0,001
Oui, précédemment (il y a plus de 14 jours)	222 (10,4)	38 (6,1)	260 (9,4)	
Oui, occasionnel récent (dans les 14 jours)	28 (1,3)	34 (5,4)	62 (2,2)	



ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Tableau 1 : Caractéristiques des participants inclus, pour chaque étude et au total (suite)

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants à l'étude de dépistage sur site N = 2 128	Nombre et pourcentage de participants à l'étude d'autodépistage N = 627	Nombre et pourcentage total de participants N = 2 755	Valeur p
Test antérieur de dépistage du SRAS-CoV-2				
Non	1 155 (54,3)	138 (22,0)	1 293 (46,9)	< 0,001
Oui	973 (45,7)	489 (78,0)	1 462 (53,1)	
Résultat négatif	882 (41,4)	450 (71,8)	1 332 (48,3)	
Résultat positif	91 (4,3)	39 (6,2)	130 (4,7)	
Vaccination contre le SRAS-CoV-2^b				
Non	s.o.	68 (10,8)	s.o.	s.o.
Oui	s.o.	559 (89,1)	s.o.	
Une dose	s.o.	166 (26,5)	s.o.	
Deux doses	s.o.	393 (62,7)	s.o.	

Abréviations : EI, écart interquartile; s.o., sans objet

^a Un voyage récent, c'est-à-dire survenu au cours des 14 derniers jours

^b Renseignements sur la vaccination disponibles uniquement pour les participants à l'étude d'autodépistage

Remarque : Les valeurs p bilatérales sont calculées à l'aide du test exact de Fisher ou du test du khi carré, selon le cas, pour les données catégorielles, et du test de Wilcoxon ou de Kruskal-Wallis pour les données continues

Les participants de l'étude d'autodépistage présentaient une probabilité considérablement plus élevée d'avoir déjà reçu un test de dépistage pour le SRAS-CoV-2 par rapport aux participants de l'étude de dépistage sur site (78 % vs 46 %; RCa 4,1, IC à 95 % : 3,2–5,2) (**tableau 2**). De plus, les participants ayant été récemment exposés au SRAS-CoV-2 avaient une probabilité plus élevée d'avoir déjà subi un test de dépistage du SRAS-CoV-2 que ceux qui n'avaient pas été récemment exposés (78 % vs 50 %; RCa 4,0, IC à 95 % : 3,0–5,4). L'âge plus avancé

(RCa 0,98, IC à 95 % : 0,98–0,99 par augmentation d'un an) et le fait d'être un homme (RCa 0,6, IC à 95 % : 0,5–0,7) étaient associés à des probabilités plus faibles. Ces résultats concernant l'association entre le sexe et le dépistage du SRAS-CoV-2 étaient largement cohérents dans l'analyse regroupée (appendice 2, **tableaux S2 à S6**). Toutefois, nous avons noté une modification significative de l'effet du sexe en fonction de l'ethnicité, de l'étude et du secteur d'activité.

Tableau 2 : Résultats de la régression logistique pour les caractéristiques associées au dépistage du SRAS-CoV-2 avant l'inscription à l'étude

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants ayant déjà subi un test de dépistage du SRAS-CoV-2 (n/N)	RCa (IC à 95 %) ^a
Âge (par augmentation d'un an)	s.o.	0,98 (0,98–0,99)
Sexe		
Femme	708/1 154 (61,3)	Réf.
Homme	754/1 601 (47,1)	0,62 (0,52–0,73)
Ethnicité		
Blanc	632/1 228 (51,5)	Réf.
Non-Blanc	830/1 527 (54,3)	1,13 (0,94–1,36)
Revenu		
Les 60 % les plus élevés	554/1 051 (52,7)	Réf.
Les 40 % les plus bas	908/1 704 (53,3)	1,02 (0,86–1,21)
Facteur de santé		
Aucun déclaré	1 138/2 138 (53,2)	Réf.
Au moins un déclaré	324/617 (52,5)	0,98 (0,80–1,21)
Antécédents de tabagisme		
Jamais fumé	1 146/2 152 (53,2)	Réf.
Fumeur/ancien fumeur	316/603 (52,4)	1,11 (0,90–1,36)

Tableau 2 : Résultats de la régression logistique pour les caractéristiques associées au dépistage du SRAS-CoV-2 avant l'inscription à l'étude (suite)

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants ayant déjà subi un test de dépistage du SRAS-CoV-2 (n/N)	RCa (IC à 95 %) ^a
Voyage récent^b		
Aucun déclaré	1 347/2 590 (52,0)	Réf.
Voyage déclaré	115/165 (69,7)	1,15 (0,78–1,69)
Tout contact		
Aucun déclaré	1 209/2 433 (49,7)	Réf.
Contact déclaré	253/322 (78,6)	4,01 (3,01–5,35)
Taille de l'entreprise		
1 à 50 employés	478/1 000 (47,8)	Réf.
Plus de 50 employés	984/1 755 (56,1)	1,00 (0,82–1,22)
Étude		
Étude de dépistage sur site (janvier à mars 2021)	973/2 128 (45,7)	Réf.
Étude d'autodépistage (juillet à octobre 2021)	489/627 (78,0)	4,10 (3,24–5,19)

Abbreviations : IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotés ajusté; Réf., catégorie de référence; s.o., sans objet

^a Secteur d'activité inclus comme interception aléatoire dans le modèle

^b Un voyage récent, c'est-à-dire survenu au cours des 14 derniers jours



De même, les participants à l'étude d'autodépistage avaient une probabilité plus élevée de recevoir un résultat positif au SRAS-CoV-2 plus de quatre semaines avant l'inscription à l'étude (6,2 % vs 4,3 %; RCa 1,7, IC à 95 % : 1,1–2,6) par rapport à ceux de l'étude de dépistage sur site (**tableau 3**). Il n'y a aucune donnée probante ($p = 0,75$) de modification de l'effet par secteur d'activité (appendice 2, tableau S6). Nous avons constaté que les participants ayant déclaré avoir été récemment exposés au SRAS-CoV-2 présentaient également un risque plus élevé

Tableau 3 : Régression logistique des caractéristiques associées à un résultat positif pour le SRAS-CoV-2 plus de quatre semaines avant l'inscription à l'étude

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants ayant reçu un résultat positif au SRAS-CoV-2 plus de quatre semaines avant l'inscription à l'étude (n/N)	RCa (IC à 95 %) ^a
Âge (par augmentation d'un an)	s.o.	0,98 (0,97–1,00)
Sexe		
Femme	55/1 154 (4,8)	Réf.
Homme	75/1 601 (4,7)	1,14 (0,77–1,70)
Ethnicité		
Blanc	52/1 228 (4,2)	Réf.
Non-Blanc	78/1 527 (5,1)	1,25 (0,82–1,88)
Revenu		
Les 60 % les plus élevés	46/1 051 (4,4)	Réf.
Les 40 % les plus bas	84/1 704 (4,9)	1,11 (0,76–1,62)
Facteur de santé		
Aucun déclaré	101/2 138 (4,7)	Réf.
Au moins un déclaré	29/617 (4,7)	1,12 (0,72–1,75)
Antécédents de tabagisme		
Jamais fumé	107/2 152 (5,0)	Réf.
Fumeur/ancien fumeur	23/603 (3,8)	0,78 (0,48–1,25)
Voyage récent^b		
Aucun déclaré	123/2 590 (4,7)	Réf.
Voyage déclaré	7/165 (4,2)	0,72 (0,32–1,61)
Tout contact		
Aucun déclaré	87/2 433 (3,6)	Réf.
Contact déclaré	43/322 (13,3)	3,85 (2,60–5,71)
Taille de l'entreprise		
1 à 50 employés	48/1 000 (4,8)	Réf.
Plus de 50 employés	82/1 755 (4,7)	0,95 (0,61–1,48)
Étude		
Étude de dépistage sur site (janvier à mars 2021)	91/2 128 (4,3)	Réf.
Étude d'autodépistage (juillet à octobre 2021)	39/627 (6,2)	1,65 (1,05–2,57)

Abbreviations : IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., catégorie de référence; s.o., sans objet

^a Secteur d'activité inclus comme interception aléatoire dans le modèle

^b Un voyage récent, c'est-à-dire survenu au cours des 14 derniers jours

(RCa 3,9, IC à 95 % : 2,6–5,7) de recevoir un résultat positif. Toutefois, en limitant cette analyse aux personnes ayant déjà reçu un test de dépistage, aucune différence n'a été soulevée entre les études en ce qui concerne la probabilité d'avoir déjà reçu un résultat positif pour le SRAS-CoV-2 (appendice 2, **tableau S7**). Les analyses limitées aux hommes (appendice 2, tableau S2) et celles réparties selon le revenu présentaient un résultat identique (appendice 2, tableau S4).

En examinant les comportements individuels, les participants à l'étude d'autodépistage présentaient une probabilité nettement plus élevée (RCa 8,2, IC à 95 % : 5,6–12,1) de déclarer avoir récemment voyagé à l'extérieur de Montréal ou du Québec (**tableau 4**). De plus, les participants plus âgés (RCa 0,98, IC à 95 % : 0,97–0,99 par augmentation d'un an) et ceux qui s'identifiaient comme non-Blancs (RCa 0,3, IC à 95 % : 0,2–0,5) présentaient une probabilité plus faible de déclarer un voyage récent. Ces résultats sont largement cohérents dans les analyses regroupées (appendice 2, tableaux S2 à S6), avec une modification de l'effet ($p < 0,001$) en fonction du secteur d'activité. En limitant cette analyse aux seuls participants à l'étude d'autodépistage, la vaccination n'a pas été associée aux

Tableau 4 : Régression logistique des caractéristiques associées à tout voyage autodéclaré à l'extérieur de Montréal ou du Québec dans les 14 jours précédant l'inscription à l'étude

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants ayant déclaré avoir voyagé (n/N)	RCa (IC à 95 %) ^a
Âge (par augmentation d'un an)	s.o.	0,98 (0,97–0,99)
Sexe		
Femme	62/1 154 (5,4)	Réf.
Homme	103/1 601 (6,4)	1,38 (0,97–1,97)
Ethnicité		
Blanc	127/1 228 (10,3)	Réf.
Non-Blanc	38/1 527 (2,5)	0,30 (0,19–0,46)
Facteur de santé		
Aucun déclaré	123/2 138 (5,7)	Réf.
Au moins un déclaré	42/617 (6,8)	1,18 (0,79–1,77)
Revenu		
Les 60 % les plus élevés	82/1 051 (7,8)	Réf.
Les 40 % les plus bas	83/1 704 (4,9)	0,83 (0,59–1,17)
Étude		
Étude de dépistage sur site (janvier à mars 2021)	50/2 128 (2,3)	Réf.
Étude d'autodépistage (juillet à octobre 2021)	115/627 (18,3)	8,24 (5,59–12,13)

Abbreviations : IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., catégorie de référence; s.o., sans objet

^a Secteur d'activité inclus comme interception aléatoire dans le modèle



ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

voyages (appendice 2, tableau S8). Nous n'avons pas établi de différence entre les études en termes d'exposition récente à une personne positive au SRAS-CoV-2 dans la population totale (appendice 2, tableau S9), ce qui était cohérent dans les analyses regroupées (appendice 2, tableaux S2 à S6).

En ce qui concerne la vaccination contre le SRAS-CoV-2 (uniquement disponible dans l'étude d'autodépistage; tableau 5), seuls les participants travaillant dans les entreprises comptant plus de 50 employés présentaient une probabilité plus élevée de recevoir au moins une dose de vaccin (91 % vs 80 %; RCa 2,6, IC à 95 % : 1,4–4,8). Les résultats sont cohérents dans les analyses regroupées parmi les hommes et les personnes s'identifiant comme Blanc (appendice 2, tableaux S2 à S3). Dans l'analyse groupée parmi les participants des trois quintiles de revenus les plus élevés (appendice 2, tableau S4), les participants s'identifiant comme non-Blancs présentaient une probabilité plus faible d'être vaccinés (RCa 0,3, IC à 95 % : 0,1–0,9), alors que les participants travaillant dans des entreprises du secteur du commerce de détail comptant plus de 50 employés (appendice 2, tableau S6) présentaient une probabilité plus élevée d'être vaccinés (RCa 14,7, IC à 95 % : 3,5–61,1). Nous avons constaté une modification significative de l'effet sur les probabilités de vaccination en fonction de l'exposition antérieure au SRAS-CoV-2 et de l'appartenance ethnique, les personnes ayant déjà été exposées et s'identifiant comme Blanc présentant une probabilité considérablement plus élevée que celles s'identifiant comme non-Blanc (appendice 2, tableau S3).

Tableau 5 : Régression logistique des caractéristiques associées à la réception d'au moins une dose de vaccin contre le SRAS-CoV-2 au sein de la population de l'étude d'autodépistage après la mise à disposition du vaccin pour ce groupe

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants ayant reçu une ou plusieurs doses de vaccin contre le SRAS-CoV-2 (n/N)	RCa (IC à 95 %) ^a
Âge (par augmentation d'un an)	s.o.	1,01 (0,99–1,03)
Sexe		
Femme	313/346 (90,5)	Réf.
Homme	246/281 (87,5)	0,81 (0,48–1,38)
Ethnicité		
Blanc	275/302 (91,0)	Réf.
Non-Blanc	284/325 (87,4)	0,62 (0,34–1,14)
Revenu		
Les 60 % les plus élevés	233/254 (91,7)	Réf.
Les 40 % les plus bas	326/373 (87,4)	0,65 (0,37–1,13)

Tableau 5 : Régression logistique des caractéristiques associées à la réception d'au moins une dose de vaccin contre le SRAS-CoV-2 au sein de la population de l'étude d'autodépistage après la mise à disposition du vaccin pour ce groupe (suite)

Caractéristiques	Nombre et pourcentage de participants ayant reçu une ou plusieurs doses de vaccin contre le SRAS-CoV-2 (n/N)	RCa (IC à 95 %) ^a
Facteur de santé		
Aucun déclaré	405/457 (88,6)	Réf.
Au moins un déclaré	154/170 (90,6)	1,13 (0,62–2,06)
Voyage récent^b		
Aucun déclaré	453/512 (88,5)	Réf.
Voyage déclaré	106/115 (92,2)	1,63 (0,78–3,44)
Tout contact		
Aucun déclaré	493/555 (88,8)	Réf.
Contact déclaré	66/72 (91,7)	1,58 (0,66–3,77)
Taille de l'entreprise		
1 à 50 employés	84/105 (80,0)	Réf.
Plus de 50 employés	475/522 (91,0)	2,57 (1,39–4,75)

Abbreviations : IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., catégorie de référence; s.o., sans objet

^a Secteur d'activité inclus comme interception aléatoire dans le modèle

^b Un voyage récent, c'est-à-dire survenu au cours des 14 derniers jours

Discussion

Dans cette analyse groupée d'études transversales prospectives, nous avons constaté une augmentation importante du nombre de travailleurs essentiels non soignants qui ont obtenu un résultat positif à un test de dépistage du SRAS-CoV-2 au cours de l'année 2021 à Montréal, les hommes étant les moins susceptibles de subir un test de dépistage. La mobilité sous forme de voyages en dehors de la région de Montréal a augmenté plus tard en 2021. Si le taux global de vaccination contre le SRAS-CoV-2 était élevé chez les travailleurs essentiels non soignants, il était plus important chez ceux qui travaillaient dans des entreprises de plus de 50 employés.

Environ quatre participants sur cinq ayant déclaré une exposition récente au SRAS-CoV-2 ont effectué un test PCR, soit nettement plus que les personnes n'ayant pas déclaré d'exposition antérieure. Ce résultat suggère une adhésion aux directives et aux messages de santé publique concernant le dépistage du SRAS-CoV-2. Nous n'avons toutefois relevé aucune différence entre les études en ce qui concerne la proportion de participants déclarant avoir été récemment exposés au SRAS-CoV-2. Cette observation est probablement due à l'intensité variable des mesures de santé publique et aux différents niveaux de circulation du virus au cours de chaque période d'étude.



Des mesures de santé publique agressives ont été mises en place pendant la période de l'étude de dépistage sur place, au cours de laquelle environ 1 000 personnes ont reçu un résultat positif au SRAS-CoV-2 chaque jour au Québec (21). Toutefois, une réduction ultérieure des mesures au cours de l'étude d'autodépistage et l'augmentation des voyages en dehors de la région de Montréal observée dans notre analyse n'ont probablement pas augmenté le nombre de contacts effectifs, puisque 400 personnes ont reçu un résultat de test de dépistage positif chaque jour au cours de cette période.

Ces données permettent également de mieux comprendre les comportements de la population. Nous avons constaté que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir déjà subi un test de dépistage du SRAS-CoV-2, ce qui concorde avec la littérature sur la fréquence plus élevée de l'accès aux soins de santé et des actions de santé préventive chez les femmes (22–26). Le taux de vaccination global chez les participants était élevé (89,1 %) et équivalent à la proportion d'adultes de 18 ans ou plus ayant reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19 au Québec à la fin de l'étude d'autodépistage (27). Toutefois, le taux de vaccination était plus élevé chez les personnes travaillant dans des entreprises de 50 employés et plus, ce qui pourrait être dû à des facteurs tels que l'incitation de l'employeur, la disponibilité des efforts de vaccination sur place, la motivation à prévenir la transmission dans les lieux de travail plus importants découlant d'un sentiment d'appartenance à une communauté (28,29) ou l'emplacement du quartier de l'entreprise dans la région du Grand Montréal. Nous n'avons aucune différence importante dans le taux de vaccination contre le SRAS-CoV-2 en fonction de l'origine ethnique déclarée et du revenu du quartier, bien que ces facteurs aient été étudiés dans une vaste enquête sur l'intention de se faire vacciner chez les adultes canadiens (26). L'enquête a révélé que les personnes dont le revenu du ménage était le plus faible présentaient une probabilité plus élevée de répondre qu'il était peu probable qu'elles se fassent vacciner, alors que les populations racialisées présentaient une probabilité plus faible de donner cette réponse. Dans l'ensemble, notre analyse peut être utilisée pour soutenir la prise de décision et le ciblage de futurs programmes de santé publique visant à encourager les comportements préventifs en matière de santé, tels que l'incitation au dépistage chez les hommes et la simplification de l'accès ou l'incitation à la vaccination dans les petites entreprises.

Points forts et limites

Les principaux points forts de cette étude sont les populations relativement nombreuses incluses dans l'analyse, la diversité des participants permettant d'explorer divers facteurs démographiques et liés à l'entreprise, l'utilisation de questionnaires identiques pour la collecte des données et les différences temporelles dans la collecte des données entre les études, ce qui a permis des évaluations dans le temps. Cette étude est néanmoins sujette à des limitations. Certaines réponses ont pu être influencées par des biais de rappel,

les participants ayant dû faire état de leurs antécédents de dépistage, de leurs voyages et de leurs contacts, bien que pour la plupart de ces variables, la période de rappel n'ait été que de 14 jours. Seules les entreprises ayant connu une élosion de SRAS-CoV-2 ont été incluses dans l'étude d'autodépistage, et les grandes entreprises ont été retenues de façon prioritaire, ce qui peut avoir entraîné un biais de sélection. De plus, les études ont été menées sur des périodes différentes au cours d'une pandémie qui évoluait rapidement, et les profils des participants différaient d'une étude à l'autre sur le plan des caractéristiques démographiques. Nous n'avons pas recueilli de détails sur les motivations de comportements particuliers (e.g., la décision de voyager) et n'avons donc pas été en mesure d'évaluer ces aspects. Les caractéristiques et les comportements des participants ont été autodéclarés, ce qui a pu conduire certains participants à ne pas répondre honnêtement à certaines questions par crainte des conséquences. Plusieurs résultats ont été examinés dans cette étude, ce qui peut augmenter notre risque d'erreur de type I.

Conclusion

Cette analyse groupée des travailleurs essentiels non soignants à Montréal en 2021 a révélé que les hommes étaient moins susceptibles de subir un test de dépistage du SRAS-CoV-2 et que les personnes travaillant dans des entreprises comptant 50 employés ou moins étaient moins susceptibles d'être vaccinées contre le SRAS-CoV-2, mais qu'il n'y avait pas de différences significatives dans les taux de vaccination en fonction du sexe, du revenu ou de l'origine ethnique. Ces données peuvent contribuer à la prise de décision concernant la conception des programmes de dépistage et de vaccination, ainsi qu'à l'affectation des ressources pour améliorer l'équité, l'adoption et l'efficacité des interventions contre le SRAS-CoV-2 et d'autres menaces pour la santé (30).

Déclaration des auteurs

C. C. — Méthodologie, analyse formelle, rédaction de la version originale, rédaction-révision et édition
 D. M. — Méthodologie, rédaction-révision et édition
 J. P. — Méthodologie, rédaction-révision et édition
 C. P. Y. — Conceptualisation, méthodologie, rédaction-révision et édition
 J. R. C. — Conceptualisation, méthodologie, analyse formelle, rédaction de la version originale, rédaction-révision et édition, supervision, acquisition des fonds

Tous les auteurs ont eu accès aux données et ont contribué à la préparation de ce manuscrit.

Le contenu de cet article ainsi que les opinions qui y sont exprimées n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.



Intérêts concurrents

J. P. a reçu des subventions d'AbbVie et de MedImmune, des honoraires personnels d'AstraZeneca, ainsi que des subventions et des honoraires personnels de Merck. Il a également été conseiller du Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 du gouvernement fédéral, sans rapport avec les travaux présentés et en dehors de ceux-ci. C. P. Y. a fourni des services de conseil et a siégé dans des comités indépendants de contrôle des données pour Medicago. Il a également été conseiller scientifique pour le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 du gouvernement fédéral, sans rapport avec les travaux présentés et en dehors de ceux-ci. J. R. C. a fourni des services de conseil en matière de SRAS-CoV-2 au Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 du gouvernement fédéral et à la Banque mondiale, sans rapport avec les travaux présentés et en dehors de ceux-ci. Les autres auteurs (C. C. et D. M.) ne font état d'aucun intérêt concurrent.

Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont participé aux études originales ainsi que les membres de l'équipe de recherche.

Financement

Ces travaux ont été soutenus par l'Initiative interdisciplinaire en infection et immunité de McGill grâce au financement de la Fondation de la famille Trottier et de la Fondation Molson (subvention SCRF-04) au CCR et par des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fondation de la famille Trottier à CPY. JRC reçoit un soutien salarial de la Fondation du Centre universitaire de santé McGill, du Département de médecine de l'Université McGill et bénéficiaire d'une bourse Chercheur-boursier du Fonds de recherche du Québec, Santé. CPY est titulaire d'une bourse de carrière Chercheur-boursier clinicien du Fonds de recherche du Québec – Santé.

Références

1. Centers for Disease Control and Prevention. COVID Data Tracker. Atlanta, GA: CDC; 2020. [Consulté le 21 juil. 2022]. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker>
2. Statistique Canada. Volonté de se faire vacciner contre la COVID-19 parmi les groupes de population au Canada. Ottawa, ON : StatCan; 2021. [Consulté le 22 juil. 2022]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00011-fra.htm>
3. Lan FY, Wei CF, Hsu YT, Christiani DC, Kales SN. Work-related COVID-19 transmission in six Asian countries/areas: A follow-up study. *PLoS One* 2020;15(5):e0233588. [DOI PubMed](#)
4. Wei CF, Lan FY, Hsu YT, Lowery N, Dibona L, Akkeh R, Kales SN, Yang J. Risk of SARS-CoV-2 Infection Among Essential Workers in a Community-Based Cohort in the United States. *Front Public Health* 2022;10:878208. [DOI PubMed](#)
5. Sy KT, Martinez ME, Rader B, White LF. Socioeconomic Disparities in Subway Use and COVID-19 Outcomes in New York City. *Am J Epidemiol* 2020;190(7):1234–42. [DOI PubMed](#)
6. Mutambudzi M, Niedwiedz C, Macdonald EB, Leyland A, Mair F, Anderson J, Celis-Morales C, Cleland J, Forbes J, Gill J, Hastie C, Ho F, Jani B, Mackay DF, Nicholl B, O'Donnell C, Sattar N, Welsh P, Pell JP, Katikireddi SV, Demou E. Occupation and risk of severe COVID-19: prospective cohort study of 120 075 UK Biobank participants. *Occup Environ Med* 2021;78(5):307–14. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106731> [PubMed](#)
7. Vergara D, Pascariu M. Les éclosions COVID-19 en milieu de travail à Montréal: Chronologie, bilan épidémiologique et portraits sectoriels. La Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 2022. [Consulté le 14 fév. 2024]. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4545797>
8. Campbell JR, Dion C, Uppal A, Yansouni CP, Menzies D. Systematic on-site testing for SARS-CoV-2 infection among asymptomatic essential workers in Montréal, Canada: a prospective observational and cost-assessment study. *CMAJ Open* 2022;10(2):E409–19. [DOI PubMed](#)
9. Papenburg J, Campbell JR, Caya C, Dion C, Corsini R, Cheng MP, Menzies D, Yansouni CP. Adequacy of Serial Self-performed SARS-CoV-2 Rapid Antigen Detection Testing for Longitudinal Mass Screening in the Workplace. *JAMA Netw Open* 2022;5(5):e2210559. [DOI PubMed](#)
10. Shingler B, Montpetit J. Quebec is making COVID-19 vaccines available to the general population. Here's how it will work. CBC News 2021. [Consulté le 10 août 2022]. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-vaccine-general-population-1.6007138>
11. Fahmy G, Kovac A. Quebec now officially under curfew for the next four weeks. CTV News Montreal 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://montreal.ctvnews.ca/quebec-now-officially-under-curfew-for-the-next-four-weeks-1.5260558>



12. Pringle J, Charron J. Police checkpoints will continue to limit non-essential travel as curfew ends, patios reopen in Gatineau. CTV News Ottawa 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://ottawa.ctvnews.ca/police-checkpoints-will-continue-to-limit-non-essential-travel-as-curfew-ends-patios-reopen-in-gatineau-1.5446563>
13. CBC News. Quebec to close border to Ontario, as Ontario does the same. CBC News 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-ontario-border-closed-1.5991552>
14. Laframboise K. Quebec-Ontario border to reopen to non-essential travel as of Wednesday. Global News 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://globalnews.ca/news/7948023/quebec-ontario-border-reopening-june-16/>
15. CBC News. After Christmas, Quebec will shut down non-essential businesses for 2 weeks. CBC News 2020. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://web.archive.org/web/20201215164655/https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-covid-19-businesses-shutdown-christmas-1.5841720>
16. Olivier A. Coronavirus: Quebec reopens non-essential businesses but curfew maintained. Global News 2021. [Consulté le 12 avr. 2023]. <https://globalnews.ca/news/7614925/coronavirus-quebec-reopens-non-essential-businesses/>
17. Brasier A. Le Québec devient un peu plus vert. Radio-Canada 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1803126/regions-quebec-zone-verte-deconfinement>
18. CBC News. COVID-19 in Quebec: What you need to know this weekend. CBC News 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/covid-19-quebec-need-to-know-july-31-aug-1-1.6125361>
19. CBC News. Quebec government tightens public health measures as COVID-19 cases soar. CBC News 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-tightens-covid-measures-omicron-1.6288120>
20. Messier F. C'est parti pour la vaccination de masse à Montréal. Radio-Canada 2021. [Consulté le 4 avr. 2023]. <https://web.archive.org/web/20210302002505/https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1774065/coronavirus-covid-19-vaccin-montreal-laval-monteregie>
21. Institut national de santé publique du Québec. Historique du portrait quotidien des cas confirmés. [Consulté le 22 avr. 2023]. <https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/covid-19-portrait-quotidien-des-cas-confirmes/resource/d2cf4211-5400-46a3-9186-a81e6cd41de9>
22. Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;32(5):579–90. DOI PubMed
23. Dawson KA, Schneider MA, Fletcher PC, Bryden PJ. Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *J R Soc Promot Health* 2007;127(1):38–44. DOI PubMed
24. Nathanson CA. Sex roles as variables in preventive health behavior. *J Community Health* 1977;3(2):142–55. DOI PubMed
25. Otterbring T, Festila A. Pandemic prevention and personality psychology: gender differences in preventive health behaviors during COVID-19 and the roles of agreeableness and conscientiousness. *JSSR* 2022;3(1):87–91. DOI
26. Statistique Canada. Disparités sociodémographiques quant à la couverture vaccinale et à l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 au Canada. Ottawa, ON : StatCan; 2022. [Consulté le 13 avr. 2023]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022012/article/00004-fra.htm>
27. Agence de la santé publique du Canada. Vaccination COVID-19 : Couverture vaccinale. Ottawa, ON : ASPC; 2024. [Consulté le 13 avr. 2023]. <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/couverture-vaccinale/>
28. Presseau J, Arnason T, Buchan JL, Burns R, Corace KM, Dubey V, Evans GA, Fabrigar RL, Grimshaw JM, Katz GM, Maltsev A, Manuel DB, Mosher R, Shapiro G, Stall NM, Weeasinghe A, Desveaux L on behalf of the Behavioural Science Working Group and the Ontario COVID-19 Science Advisory Table. Strategies to Support Ontarians' Capability, Opportunity, and Motivation for COVID-19 Vaccination. COVIDSCIONTARIO 2021. [Accessed 2023 Apr 13]. <https://covid19-scientific-table.ca/sciencebrief стратегии поддержки способности, возможности и мотивации для вакцинации от COVID-19/>
29. Štěpánek L, Janošíková M, Nakládalová M, Ivanová K, Macík J, Boriková A, Vildová H. Motivation for COVID-19 Vaccination in Priority Occupational Groups: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(21):11726. DOI PubMed
30. Gagnon-Dufresne MC, Gautier L, Beaujoin C, Lamothe AS, Mikanagu R, Cloos P, Ridde V, Zinszer K. Considering social inequalities in health in large-scale testing for COVID-19 in Montréal: a qualitative case study. *BMC Public Health* 2022;22(1):749. DOI PubMed



Appendice

Les figures et les tableaux supplémentaires sont disponibles sur demande auprès de l'auteur : jonathon.campbell@mcgill.ca

Appendice 1 : Questionnaires aux participants

Questionnaire du participant à l'étude de dépistage sur site
Questionnaire du participant à l'étude d'autodépistage

Appendice 2 : Harmonisation des données

Tableau S1 : Caractéristiques des participants et des entreprises inclus, pour chaque étude et au total

Tableau S2 : Toutes les analyses sont réparties en fonction du sexe

Tableau S3 : Toutes les analyses sont réparties en fonction de l'appartenance ethnique déclarée

Tableau S4 : Toutes les analyses sont réparties en fonction des quintiles de revenu du quartier

Tableau S5 : Toutes les analyses sont réparties en fonction de l'étude

Tableau S6 : Toutes les analyses sont réparties en fonction du secteur d'activité

Tableau S7 : Régression logistique des caractéristiques associées à un résultat positif pour le SRAS-CoV-2 plus de quatre semaines avant l'inscription à l'étude parmi les participants testés

Tableau S8 : Régression logistique des caractéristiques associées à un voyage autodéclaré à l'extérieur de Montréal ou du Québec dans les 14 jours précédent l'inscription à l'étude parmi les participants à l'étude d'autodépistage uniquement

Tableau S9 : Régression logistique des caractéristiques associées à tout contact autodéclaré avec une personne positive au SRAS-CoV-2 en dehors du lieu de travail dans les 14 jours précédent l'inscription à l'étude

Aimeriez-vous publier un article dans le **RMTC**?

Faites-nous parvenir votre manuscrit!

Visite : phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/ia-ra-fra.php

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

Canada