

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 41 • numéro 11 • novembre 2021

Numéro spécial : Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être de la population canadienne

Rédactrice invitée : Katholiki Georgiades

Éditorial

- 353** Développement des données probantes sur la santé mentale de la population au Canada : appel à l'action pour des politiques et des pratiques fondées sur des données probantes

Aperçu

- 357** Mesurer les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada

Recherche quantitative originale

- 364** Adopter une perspective axée sur le genre pour comprendre les changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada, septembre à décembre 2020
- 374** Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne
- 394** Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19
- 415** Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19

Commentaire

- 430** Pour un portrait complet : proposition de cadre pour la surveillance et la recherche dans le domaine de la maltraitance envers les enfants au Canada

Avis de publication

- 437** Outils de connaissances liés aux symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT), du trouble d'anxiété et de la dépression tirés de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, cycle 1

- 438** *Statistiques canadiennes sur le cancer 2021*

Annonce

- 439** Autres publications de l'ASPC

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



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Anne-Marie Ugnat, Ph. D.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

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

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

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

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

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

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

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

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

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Chanelle Ayoub, B. Sc.
Rédactrice subalterne

Nicholas Cheta, B. Sc. Santé
Rédacteur subalterne

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

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

Dawn Slawewski, B.A.
Révisseur et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Emploi et Développement social Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

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

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

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

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

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

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

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

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

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

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

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

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

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2021

ISSN 2368-7398

Pub. 200280

PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

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

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

Éditorial

Développement des données probantes sur la santé mentale de la population au Canada : appel à l'action pour des politiques et des pratiques fondées sur des données probantes

Katholiki Georgiades, Ph. D.

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

En cette deuxième année, bien entamée, de pandémie mondiale de COVID-19, la santé mentale de la population suscite de plus en plus de préoccupations. À la lumière de l'augmentation des facteurs de risque connus pour contribuer à des problèmes de santé mentale, comme la pauvreté, la défavorisation sociale et les pertes cumulatives de services de santé et de services sociaux, ces préoccupations sont justifiées. Il est probable que la répartition et l'incidence de ces facteurs de risque seront inégales et que les personnes vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables et des collectivités marginalisées, ainsi que celles atteintes de problèmes de santé physique, de santé mentale ou de développement neurologique, seront touchées de façon disproportionnée.

Bien que les données probantes s'accroissent rapidement sur les conséquences de la pandémie sur la santé mentale, la plupart des études à ce jour s'appuient sur des méthodes d'échantillonnage non probabiliste, des plans d'étude transversale et des évaluations limitées de la santé mentale, sans compter la sous-représentation des populations et des collectivités marginalisées – soit les groupes mêmes qui sont les plus touchés par la pandémie¹⁻³. Ces lacunes méthodologiques limitent la capacité à généraliser les résultats, à faire des inférences statistiques et à cerner les conséquences de la pandémie sur la santé mentale de la population, réduisant les occasions d'orienter les politiques et les pratiques en santé mentale.

Ce numéro spécial de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies*

chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques rend compte des résultats de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) de 2020⁴, une étude transversale fondée sur la population qui visait explicitement à combler plusieurs des lacunes méthodologiques dans les données probantes disponibles. L'ECSM de 2020 a utilisé des méthodes d'échantillonnage probabiliste fiables pour former un échantillon représentatif de répondants âgés de 18 ans et plus vivant dans les dix provinces et les trois capitales territoriales du Canada. L'échantillon était constitué de 14 689 répondants (taux de réponse de 53,3 %) ayant répondu à un questionnaire en ligne ou par téléphone pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19, entre septembre et décembre 2020. Une partie du contenu et des mesures de l'étude reprend le modèle du cycle annuel de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)⁵, une étude transversale bisannuelle sur la population canadienne, ce qui a permis de faire des comparaisons de la santé mentale avant et pendant la COVID-19.

Les articles⁶⁻¹⁰ cités dans ce numéro spécial fournissent des estimations fiables et urgemment nécessaires de la santé mentale pendant la pandémie, ainsi que des analyses comparatives qui quantifient l'importance et la répartition des changements sur le plan de la santé mentale à l'échelle de la population ainsi qu'au sein de certains sous-groupes sociodémographiques. L'établissement de corrélats de la santé mentale propres à la pandémie a permis d'accroître la portée des résultats et d'approfondir la situation et, du coup,

d'orienter les stratégies d'intervention de réponse et de rétablissement ainsi que de préparation à une future catastrophe.

De façon générale, les résultats concordent, sur plusieurs thèmes importants, avec ceux d'autres études fondées sur la population menées au Royaume-Uni^{11,12} et aux États-Unis¹³⁻¹⁵ et de revues systématiques des données probantes émergentes¹⁶⁻¹⁸. Premièrement, les niveaux de détresse, mesurés à l'aide d'instruments convenablement validés pour le dépistage des symptômes de dépression et d'anxiété, se sont révélés plus élevés pendant la pandémie qu'avant celle-ci^{9,11-17}. Ces augmentations ont été généralement plus marquées pendant les périodes de confinement que lors de l'assouplissement des restrictions liées à la pandémie^{9,12,16}.

Deuxièmement, les niveaux de détresse n'ont pas augmenté de façon égale dans l'ensemble de la population : les jeunes adultes, les femmes et les immigrants ont été plus touchés que les autres groupes^{9,11,13-15}. Les changements en matière de santé mentale en fonction des conditions socioéconomiques ne sont pas clairs : certains indicateurs font état d'une association positive entre, d'une part, le niveau de scolarité et, d'autre part, l'augmentation de la détresse et de la consommation d'alcool pendant la pandémie^{9,7,10}, tandis que d'autres ne font ressortir aucune différence⁸.

Troisièmement, la prévalence des idées suicidaires autodéclarées ne semble pas avoir augmenté pendant la pandémie⁸. Ce

Rattachement de l'auteur :

Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales et Centre Offord d'études de l'enfant, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Katholiki Georgiades, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales et Centre Offord d'études de l'enfant, Université McMaster, McMaster Innovation Park, bureau 201A, 1280, rue Main Ouest, Hamilton (Ontario) L8S 4K1; courriel : georgik@mcmaster.ca

résultat est cohérent avec les résultats d'analyses récentes des données de 21 pays, lesquelles n'ont révélé aucune hausse notable du risque de suicide durant les premiers mois de la pandémie (avril à juillet 2020) comparativement aux niveaux attendus sur la base des données antérieures à la pandémie¹⁹.

Quatrièmement, un nombre considérable de Canadiens ont déclaré des hausses de consommation de cannabis (5 %) et d'alcool (16 %) depuis le début de la pandémie et l'on sait que ces comportements sont fortement associés à la présence de détresse¹⁰.

Enfin, les travailleurs de première ligne et les personnes ayant fait état de facteurs de stress sur les plans économique, de la santé et des relations interpersonnelles ont été particulièrement nombreux à avoir aussi fait état de niveaux élevés de détresse et d'idées suicidaires pendant la pandémie^{8,9}.

Mis ensemble, ces résultats laissent entrevoir une hausse vraisemblable de la demande de soins en santé mentale au sein de la population et le besoin d'interventions visant les sous-groupes de population précis qui ont été touchés de façon disproportionnée. De nouveaux modèles de prestation de services conçus pour favoriser l'accès et l'efficacité, comme les modèles de soins échelonnés et de soins collaboratifs, semblent prometteurs pour combler l'écart entre les besoins de la population et la disponibilité des services de santé mentale²⁰⁻²³. La surveillance des résultats doit faire partie intégrante des mesures visant à déterminer l'efficacité des soins de santé mentale, et des cycles itératifs d'amélioration et d'innovation constantes doivent être mis en place²⁴.

Bien que ces résultats donnent un premier aperçu des conséquences que peut avoir la pandémie sur la santé mentale des populations, des lacunes importantes demeurent. D'abord et avant tout, il n'existe pratiquement pas de données nationales représentatives sur la santé mentale des enfants et des jeunes canadiens. Cette lacune de longue date, qui remonte à avant la pandémie, est particulièrement préoccupante à la lumière des difficultés et des perturbations exceptionnelles qui ont bouleversé le quotidien des enfants et des jeunes tout au long de la pandémie.

Les conséquences de ces perturbations sur la santé mentale restent en grande partie inconnues, si bien que les décideurs et les fournisseurs de services disposent de peu de données probantes auxquelles se fier pour l'allocation de ressources vitales et l'établissement de stratégies d'intervention et d'atténuation. Sans ces données, les décisions prises en matière de politiques et de pratiques ne sont pas adéquatement éclairées et les inégalités en matière de santé mentale sont appelées à s'aggraver.

Ensuite, le fait de se fier uniquement à des études transversales, dont les méthodes d'échantillonnage et de mesure ne sont pas les mêmes, réduit la validité des comparaisons au fil du temps et limite sévèrement les liens de cause à effet qui peuvent être faits en lien avec les conséquences de la pandémie. Des études longitudinales reposant sur des données de référence pré-pandémiques comparables et des évaluations de suivi soigneusement planifiées sont nécessaires pour déterminer les sous-groupes les plus à risque et la séquence temporelle des associations permettant de faire des liens de cause à effet ainsi que pour maximiser l'efficacité des stratégies de prévention et d'intervention^{1-3,25}.

Par ailleurs, les données probantes actuelles sur les conséquences de la pandémie sur la santé mentale des populations se limitent aux deux premières vagues. Des évaluations de suivi régulières sont nécessaires pour surveiller les conséquences à long terme, compte tenu des effets bien connus que les récessions et les catastrophes du passé ont eues sur la santé – particulièrement une fréquence accrue de problèmes de santé mentale dont les toxicomanies et les suicides, la violence conjugale et les hospitalisations pour des motifs psychiatriques font partie²⁶⁻²⁸.

La sous-représentation systématique des populations marginalisées, dites « racialisées » et autochtones crée aussi de graves lacunes en matière de données. Il est essentiel de corriger la situation pour réduire les disparités en matière de santé au Canada.

Enfin, l'évaluation de la santé mentale doit aller au-delà des échelles de dépistage fondées sur les symptômes et englober des indicateurs de sévérité, les affections concomitantes et les déficiences fonctionnelles²⁴. L'adoption d'une approche plus

globale en matière d'évaluation aidera à déterminer quelles populations ont le plus besoin d'interventions en santé mentale.

La pandémie a révélé notre manque de préparation en ce qui concerne la surveillance de la santé mentale des populations, particulièrement celles qui sont les plus vulnérables. Des investissements soutenus dans des enquêtes longitudinales fondées sur la population et méthodologiquement rigoureuses pourraient servir de plateforme commune pour l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs complémentaires liés à la surveillance en santé publique, aux sciences de la santé mentale ainsi qu'aux politiques et pratiques connexes. En temps de crise, ces enquêtes jouent un rôle essentiel en produisant des données probantes en temps opportun sur les besoins des populations en matière de santé mentale, sur les stratégies d'atténuation des risques et sur les manières d'évaluer les interventions²⁹.

Bien que les enquêtes fondées sur la population soient coûteuses, elles ont une immense valeur : elles offrent des données probantes exactes et fiables qui sont indispensables pour éclairer les politiques et les pratiques en santé mentale^{1,2}. Le potentiel de ces investissements est illustré par l'enquête longitudinale britannique sur la santé et le bien-être pendant la pandémie de COVID-19 (Longitudinal Health and Wellbeing National Core Study), qui a été conçue pour relier 20 études de cohorte longitudinales fondées sur la population aux registres électroniques nationaux concernant la santé, l'éducation, l'emploi et le lieu de résidence et pour aider à déterminer les conséquences de la pandémie de COVID-19 à court, moyen et long termes³⁰.

Les problèmes de santé mentale figurent maintenant parmi les principales causes d'invalidité dans le monde. Il ne fait aucun doute que nous devons accroître nos investissements dans les sciences de la santé mentale pour réduire le poids de la souffrance³¹. Les décideurs stratégiques et les praticiens ont besoin de données probantes pertinentes pour établir une gamme de programmes de santé mentale efficaces à l'échelle de la population et pour mettre en œuvre des approches d'« universalisme proportionné » à plusieurs niveaux qui permettront de réaliser des objectifs de longue date en matière d'équité, tout en faisant une utilisation

efficace des ressources publiques³². L'absence de données représentatives à l'échelle nationale sur les besoins en santé mentale des enfants et des jeunes canadiens est une lacune qui doit être corrigée sans tarder. Des investissements récents dans une étude longitudinale qui donnera suite à l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ)³³ constitue un point de départ prometteur. L'ECSEJ utilise un échantillon national représentatif constitué d'enfants et d'adolescents de 1 à 17 ans sur lesquels des données ont été collectées par Statistique Canada tout juste avant la pandémie.

La pandémie de COVID-19 représente un appel à l'action pour des investissements soutenus dans des enquêtes longitudinales sur la santé mentale au sein de la population. Sans ces investissements, nous n'aurons aucun moyen de mesurer nos progrès ou notre incidence collective sur le fardeau des problèmes de santé mentale dans notre population.

Remerciements

L'auteure souhaite remercier Charlotte Waddell, Harriet MacMillan, Peter Szatmari, Stelios Georgiades, Tracy Vaillancourt, Amanda Sim, Jordan Edwards, Christine Rodriguez et Ruth Repchuck pour leur relecture critique de l'éditorial. Le travail de D^{re} Kathy Georgiades est subventionné par la chaire d'études de l'enfant David R. (Dan) Offord.

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Avis

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

Références

1. Patten SB, Kutcher S, Streiner D, Gratzner D, Kurdyak P, Yatham L. Population mental health and COVID-19: why do we know so little? *Can J Psychiatry*. 2021;7067437211010523. <https://doi.org/10.1177/07067437211010523>
2. Pierce M, McManus S, Jessop C, et al. Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(7):567-568. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30237-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30237-6)
3. Vaillancourt T, Brittain H, Krygsman A, et al. Assessing the quality of research examining change in children's mental health in the context of COVID-19. *UOJM*. 2021;11(1). <https://doi.org/10.18192/uojm.v11i1.5950>
4. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : information détaillée pour septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036
5. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : information détaillée pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
6. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11):394-414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
7. Hill MacEachern K, Venugopal J, Varin M, Weeks M, Hussain N, Baker MM. Adopter une perspective axée sur le genre pour comprendre les changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada, septembre à décembre 2020. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021; 41(11):364-373. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.03f>
8. Liu L, Capaldi CA, Dopko RL. Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021; 41(11):415-429. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.06f>
9. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, et al. Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11): 374-393. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04f>
10. Varin M, Hill MacEachern K, Hussain N, Baker MM. Mesurer les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11):357-363. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.02f>
11. Pierce M, Hope H, Ford T, 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)
12. Pierce M, McManus S, Hope H, et al. Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7): 610-619. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00151-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00151-6)
13. Czeisler MÉ, Lane RI, Wiley JF, Czeisler CA, Howard ME, Rajaratnam SM. Follow-up survey of US adult reports of mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic, September 2020. *JAMA Netw Open*. 2021;4(2):e2037665. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37665>
14. McGinty EE, Presskreischer R, Anderson KE, Han H, Barry CL. Psychological distress and COVID-19-related stressors reported in a longitudinal cohort of US adults in April and July 2020. *JAMA*. 2020;324(24):2555-2557. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21231>

15. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA*. 2020; 324(1):93-94. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9740>
16. Akinin LB, DeNeve JE, Dunn EW, et al.; The Lancet's COVID-19 Commission Mental Health Task Force. Mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: a review and recommendations moving forward. *PsyArXiv [Prépublication]*. 2021 [consulté le 19 août 2021]. <https://doi.org/10.31234/osf.io/zw93g>
17. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021:e212482. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
18. Sun Y, Wu Y, Bonardi O, et al. Comparison of mental health symptoms prior to and during COVID-19: evidence from a living systematic review and meta-analysis. *medRxiv [Prépublication]*. 2021.05.10.21256920; <https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256920>
19. Pirkis J, John A, Shin S, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
20. Benton TD, Boyd RC, Njoroge WF. Addressing the global crisis of child and adolescent mental health. *JAMA Pediatr*. 2021. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2479>
21. van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(2):231-246. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000701>
22. Ho FY, Yeung WF, Ng TH, Chan CS. The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2016;6:29281. <https://doi.org/10.1038/srep29281>
23. Waddell C, Georgiades K, Duncan L, et al.; 2014 Ontario Child Health Study Team. 2014 Ontario Child Health Study findings: policy implications for Canada. *Can J Psychiatry*. 2019;64(4):227-231. <https://doi.org/10.1177/0706743719830033>
24. Kurdyak P, Patten S. The burden of mental illness and evidence-informed mental health policy development. *Can J Psychiatry*. 2021:7067437211021299. <https://doi.org/10.1177/07067437211021299>
25. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
26. Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*. 2016;354:1-11. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4588>
27. Rajmil L, Fernandez de Sanmamed MJ, Choonara I, et al.; International Network for Research in Inequalities in Child Health (INRICH). Impact of the 2008 economic and financial crisis on child health: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11(6):6528-6546. <https://doi.org/10.3390/ijerph110606528>
28. Van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e243-244. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30084-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30084-0)
29. Malilay J, Heumann M, Perrotta D, et al. The role of applied epidemiology methods in the disaster management cycle. *Am J Public Health*. 2014;104(11):2092-2102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302010>
30. Health Data Research UK. COVID-19 National Core Studies [Internet]. HDRUK; [consultation le 19 août 2021]. En ligne à : <https://www.hdruc.ac.uk/covid-19/covid-19-national-core-studies/>
31. Woelbert E, White R, Lundell-Smith K, Grant J, Kemmer D. The inequities of mental health research funding [Internet]. Montreal (QC) : International Alliance of Mental Health Research Funders; 2020 [consultation le 16 août 2021]. En ligne à : <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13055897.v2>
32. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. Fair society, healthy lives: the Marmot review report: strategic review of health inequalities in England post-2010. London (UK): Institute of Health Equity; 2010. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
33. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ). Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 août 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5233

Aperçu

Mesurer les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada

Mélanie Varin, M. Sc.; Kate Hill MacEachern, Ph. D; Nousin Hussain, M.P.H.; Melissa M. Baker, Ph. D.

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Cette étude présente des estimations représentatives à l'échelle nationale portant sur les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19 au Canada. Nous nous sommes servi de données de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (qui a eu lieu de septembre à décembre 2020) pour calculer la prévalence de ces changements. Les résultats révèlent que 15,7 % des répondants ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool et 5,4 % leur consommation de cannabis depuis le début de la pandémie. Des disparités sociodémographiques ont été observées, laissant supposer que l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis serait plus répandue au sein de certaines populations.

Points saillants

- Entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020, 15,7 % des répondants ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool et 5,4 % leur consommation de cannabis par rapport à avant la pandémie.
- Les personnes ayant déclaré que leur santé mentale était pire au moment de l'Enquête qu'avant la pandémie offraient la prévalence la plus forte en matière d'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis.
- Il est primordial de comprendre les déterminants sociaux de la santé pour élaborer des stratégies de réduction des méfaits et d'atténuation.

Introduction

Le Canada a confirmé un premier cas du nouveau coronavirus (le virus responsable de la COVID-19) le 25 janvier 2020. Début mars 2020, il était clair qu'une transmission communautaire s'était installée. Depuis, des directives et mesures de santé publique rigoureuses, comme le lavage des mains, le port obligatoire du masque, la fermeture des écoles et des protocoles de distanciation physique ont été mis en place au Canada. Ces mesures de santé publique ont joué un rôle essentiel dans l'atténuation de la propagation de la COVID-19 afin de protéger la santé des Canadiens. Or un nombre croissant de données probantes indique que la pandémie et les mesures strictes de santé publique qui en ont découlé ont eu un effet négatif sur la santé mentale et le bien-être des Canadiens¹⁻³.

Les données recueillies au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 au Canada font état d'un plus grand nombre de personnes souffrant de stress, d'anxiété et de dépression¹⁻⁵, des facteurs de risques reconnus comme étant associés

à une consommation excessive et soutenue de substances comme l'alcool⁶⁻⁸ et le cannabis⁹. Selon une étude réalisée par Recherche en santé mentale Canada (RSMC), le tiers des participants âgés de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic d'anxiété (n = 307) ou de dépression (n = 325) ont également déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie⁴.

De plus, des données recueillies entre le 29 mars et le 3 avril 2020 dans le cadre d'une enquête nationale réalisée auprès de 4383 participants âgés de 25 ans et plus indiquent que 14 % des répondants ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool et 5,5 % leur consommation de cannabis au cours de la première vague de la pandémie¹⁰. Les résultats obtenus auprès des adultes canadiens au début de la deuxième vague (du 14 au 21 septembre 2020) sont comparables : 40 % des 3027 participants d'une étude ont déclaré que leur santé mentale s'est détériorée depuis le début de la pandémie¹¹. Au cours de la même période, la consommation d'alcool et de cannabis a

d'ailleurs augmenté de respectivement 30 % et 20 % chez les personnes qui souffraient déjà d'un problème de santé mentale¹¹. Ces constatations mettent en exergue la relation complexe entre santé mentale et consommation de substances.

Ces résultats révèlent un problème important et urgent à régler en matière de santé publique, la pandémie semblant avoir eu des répercussions à grande échelle sur les comportements en matière de santé¹². Le Canada cherchant à élaborer un plan de relance nationale pour faire face aux répercussions et aux conséquences à long terme de la pandémie de COVID-19, davantage de données nationales sur les comportements en matière de santé, notamment sur la consommation de substances,

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Mélanie Varin, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; courriel : melanie.varin@phac-aspc.gc.ca

sont nécessaires afin d'orienter les directives de santé publique, ces dernières prévoyant par exemple la création de messages de santé publique axés sur l'atténuation des méfaits associés à la consommation d'alcool et de cannabis. On dispose actuellement de peu d'information sur la consommation d'alcool et de cannabis à l'échelle nationale pendant la deuxième vague de la pandémie au Canada. L'objectif de cet article est (1) de quantifier approximativement les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 et (2) de ventiler les données sur l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis en fonction de caractéristiques sociodémographiques et des changements autodéclarés en matière de santé mentale.

Méthodologie

Collecte de données et échantillonnage

Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), une enquête transversale élaborée et financée par Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Cette enquête a été réalisée auprès de 30 000 ménages entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020 dans le but de recueillir de l'information sur la santé mentale et le bien-être de la population. Un échantillon aléatoire simple a été utilisé pour chaque province et chaque capitale territoriale. Sur les 14 689 personnes qui ont répondu au sondage, 84 % ont accepté de partager leurs données avec l'ASPC. L'échantillon utilisé pour cette analyse compte donc 12 344 personnes. Les personnes vivant dans une réserve ou d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes incarcérées sont exclues du champ de l'étude. Davantage de précisions sur le plan d'échantillonnage et le cadre d'échantillonnage de l'ECSM sont disponibles sur le site Internet de Statistique Canada¹³.

Changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis

Les questions suivantes ont été posées aux participants : « Comment votre consommation d'alcool a-t-elle changé durant la pandémie de COVID-19 par rapport à avant? » et « Comment votre consommation

de cannabis a-t-elle changé durant la pandémie de COVID-19 par rapport à avant? ». Les choix de réponses étaient les suivants : « Augmentation », « Diminution » et « Aucun changement ». Les répondants ayant oublié ou refusé de répondre à ces questions ont été exclus de l'analyse et leurs données ont été considérées comme manquantes (n = 43).

Analyse des données

Nous avons estimé la prévalence pondérée (avec un intervalle de confiance de 95 % [IC]) des déclarations 1) de hausse, 2) de baisse et 3) d'absence de changement relativement à la consommation d'alcool et de cannabis pour les répondants de 18 ans et plus. Les estimations portant sur la hausse autodéclarée de consommation ont été ventilées en fonction des facteurs suivants : genre, groupe d'âge, changements relatifs au revenu depuis le début de la pandémie de COVID-19 (augmentation, diminution, aucun changement), quintile du revenu total du ménage déclaré, nombre de personnes composant le ménage, être parent ou tuteur légal d'un ou de plusieurs enfants de moins de 18 ans, niveau de scolarité (sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études postsecondaires), s'auto-identifier comme membre d'un groupe dit « racialisé » (oui ou non), statut vis-à-vis de l'immigration, province et capitale territoriale, milieu de résidence (urbain ou rural) et changements déclarés sur le plan de la santé mentale par rapport à avant la pandémie de COVID-19.

Les poids d'échantillonnage ont été fournis par Statistique Canada dans le but de générer des estimations représentatives à l'échelle nationale. La variance a été estimée à l'aide de la méthode *bootstrap*. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 7.1 de SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Des tests du chi carré ont aussi été effectués pour analyser les associations significatives entre les variables sociodémographiques, la santé mentale autodéclarée et les comportements relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis.

Résultats

D'après des données représentatives à l'échelle nationale, 15,7 % des répondants ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool, 9,9 % l'avoir diminuée et

74,3 % n'avoir remarqué aucun changement. Pour le cannabis, 5,4 % des répondants ont déclaré avoir augmenté leur consommation, 1,8 %, l'avoir diminuée, 19,5 % n'avoir remarqué aucun changement et 73,3 % n'avoir jamais consommé de cannabis. Les estimations de la prévalence liée à l'augmentation de la consommation d'alcool ou de cannabis varient lorsque les données sont ventilées. Les différences statistiquement significatives sont mises en évidence dans la section « Résultats » et les estimations sont présentées dans les tableaux 1 et 2.

Consommation d'alcool

La prévalence associée à une consommation autodéclarée accrue d'alcool est plus élevée chez les 35 à 44 ans (21,9 %) et les 45 à 54 ans (21,0 %), chez les répondants ayant un diplôme d'études postsecondaires (18,4 %) et chez ceux ayant déclaré avoir vécu des changements concernant le revenu de leur ménage depuis le début de la pandémie de COVID-19 (18,5 % pour les personnes dont le revenu a augmenté et 19,1 % pour les personnes dont le revenu a diminué). Cette prévalence augmente avec celle du quintile de revenu (de 7,5 % à 27,2 %). La capitale des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife, a la plus forte prévalence d'augmentation autodéclarée de consommation d'alcool (22,5 %), l'Île-du-Prince-Édouard ayant la plus faible (11,0 %). Le pourcentage d'augmentation autodéclarée de consommation d'alcool est plus élevé chez les personnes vivant en milieu urbain (16,2 %), chez celles vivant dans un ménage de quatre personnes (20,8 %), chez les parents ou les tuteurs légaux d'enfants de moins de 18 ans (22,6 %), chez les natifs du Canada (« non-immigrants ») (18,2 %) et les chez personnes qui n'estiment pas faire partie d'un groupe dit « racialisé » (17,8 %). Enfin, le taux d'augmentation de la consommation d'alcool le plus élevé se retrouve chez les personnes ayant déclaré que leur santé mentale était bien moins bonne ou un peu moins bonne aujourd'hui qu'avant la pandémie de COVID-19 (27,0 %).

Consommation de cannabis

La prévalence d'une consommation autodéclarée accrue de cannabis est plus élevée chez les hommes (5,8 %), les non-immigrants (6,3 %), les personnes ayant déclaré que leur revenu avait diminué depuis le début de la pandémie de COVID-19 (7,9 %) et les personnes ayant

déclaré que leur santé mentale était bien moins bonne maintenant ou un peu moins bonne maintenant (10,0 %). L'augmentation autodéclarée de consommation de cannabis diminue avec l'âge (de 12,1 % à 1,0 %). La plus élevée est en Nouvelle-Écosse (7,8 %) et la plus faible en Saskatchewan (3,0 %).

Analyse

Globalement, 15,7 % des personnes vivant au Canada ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool et 5,4 % leur consommation de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. Ces données ont été ventilées en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des changements déclarés concernant la santé mentale, ce qui a permis d'obtenir des données supplémentaires sur les répercussions générales de la pandémie. Les résultats obtenus pour la consommation de cannabis concordent avec l'augmentation signalée au début de la pandémie, soit du 29 mars au 3 avril 2020 (première vague), dans le cadre de la série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC) (5,5 %) ¹⁰. Notre estimation de l'augmentation de la consommation d'alcool est légèrement supérieure à celle obtenue au terme de la série 1 de la SEPC (14 %) ¹⁰.

Après ventilation des données, les résultats diffèrent en fonction des variables sociodémographiques, ce qui laisse penser qu'il existerait des disparités pour certains groupes. L'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis varie considérablement en fonction du groupe d'âge, de la province et des changements relatifs au revenu du ménage depuis le début de la pandémie de COVID-19. Fait notable, le nombre de personnes ayant déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool augmente avec l'âge, tandis que l'augmentation de la consommation de cannabis semble diminuer avec l'âge. De plus, les personnes ayant auto-évalué leur santé mentale comme bien moins bonne ou un peu moins bonne qu'avant la pandémie de la COVID-19 ont davantage tendance à avoir augmenté leur consommation d'alcool (27 %) et de cannabis (10 %) que celles estimant au moment de l'enquête que leur santé mentale était à peu près la même, un peu meilleure ou bien meilleure qu'avant la pandémie. Ce résultat coïncide avec ce qui est rapporté dans la littérature ^{4,11} et met en évidence la relation

TABEAU 1
Caractéristiques des répondants de l'étude sur les changements relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19, Canada, septembre à décembre 2020

Variable	Proportion, en % (IC à 95 %)
Genre	
Hommes	49,1 (48,9 à 49,3)
Femmes	50,7 (50,6 à 50,7)
Groupe d'âge (ans)	
18 à 24	9,5 (8,6 à 10,4)
25 à 34	18,7 (17,8 à 19,6)
35 à 44	16,8 (16,8 à 16,8)
45 à 54	15,6 (15,6 à 15,6)
55 à 64	17,2 (17,2 à 17,2)
65 et plus	22,2 (22,2 à 22,2)
Changements relatifs au revenu depuis le début de la pandémie de COVID-19	
Augmentation	6,0 (5,3 à 6,7)
Diminution	37,5 (36,3 à 38,8)
Aucun changement	56,5 (55,2 à 57,7)
Quintile du revenu total du ménage déclaré	
Q1	21,1 (20,0 à 22,2)
Q2	20,2 (19,1 à 21,3)
Q3	22,4 (21,2 à 23,6)
Q4	18,3 (17,2 à 19,4)
Q5	18,0 (16,9 à 19,1)
Province/capitale territoriale	
Colombie-Britannique	13,4 (13,4 à 13,4)
Alberta	11,4 (11,4 à 11,4)
Saskatchewan	2,8 (2,8 à 2,8)
Manitoba	3,3 (3,3 à 3,3)
Ontario	39,5 (39,5 à 39,5)
Québec	22,9 (22,9 à 22,9)
Nouveau-Brunswick	2,0 (2,0 à 2,0)
Nouvelle-Écosse	2,6 (2,6 à 2,6)
Île-du-Prince-Édouard	0,4 (0,4 à 0,4)
Terre-Neuve-et-Labrador	1,4 (1,4 à 1,4)
Whitehorse (Yukon)	0,1 (0,1 à 0,1)
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)	0,1 (0,1 à 0,1)
Iqaluit (Nunavut)	0,02 (0,02 à 0,02)
Milieu de résidence	
Urbain	82,3 (81,5 à 83,1)
Rural	17,7 (16,9 à 18,5)
Nombre de personnes dans le ménage	
1	14,5 (14,1 à 14,9)
2	35,5 (34,8 à 36,2)
3	17,5 (16,5 à 18,5)
4	18,6 (17,4 à 19,7)
5 ou plus	13,9 (12,7 à 15,1)

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques des répondants de l'étude sur les changements relatifs
à la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la
pandémie de COVID-19, Canada, septembre à décembre 2020

Variable	Proportion, en % (IC à 95 %)
Parent ou tuteur légal d'un ou de plusieurs enfants de moins de 18 ans	
Oui	27,6 (26,6 à 28,5)
Non	72,4 (71,5 à 73,4)
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	7,6 (6,9 à 8,3)
Diplôme d'études secondaires	23,6 (22,4 à 24,8)
Diplôme d'études postsecondaires	68,8 (67,5 à 70,0)
Personnes qui s'auto-identifient comme membres d'un groupe « racialisé »	
Oui	24,3 (23,1 à 25,4)
Non	75,7 (74,6 à 76,9)
Immigrant	
Oui	25,6 (24,4 à 26,8)
Non	73,0 (71,8 à 74,1)
Résident non permanent	1,4 ^E (1,1 à 1,8)
Santé mentale autodéclarée par rapport à la situation avant la pandémie de COVID-19	
Bien meilleure maintenant / un peu meilleure maintenant	7,6 (6,8 à 8,3)
À peu près la même	59,0 (57,6 à 60,3)
Bien moins bonne / un peu moins bonne	33,5 (32,2 à 34,8)
Changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool	
Augmentation	15,7 (14,7 à 16,7)
Diminution	9,9 (9,1 à 10,8)
Aucun changement	74,3 (73,2 à 75,5)
Changements autodéclarés relatifs à la consommation de cannabis	
Augmentation	5,4 (4,8 à 6,1)
Diminution	1,8 (1,4 à 2,1)
Aucun changement	19,5 (18,4 à 20,5)
N'a jamais consommé de cannabis	73,3 (72,1 à 74,5)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Q, quintile.

^E Conformément aux directives de diffusion de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, les estimations de la prévalence doivent être interprétées avec prudence, car la taille de l'échantillon total non pondéré se situe entre 75 et 150. Veuillez tenir compte des intervalles de confiance lorsque vous interprétez ces estimations.

complexe entre santé mentale et consommation d'alcool et de cannabis.

Nous avons également constaté des différences en fonction des substances. Chez les personnes ayant déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool, des différences substantielles ont été relevées en fonction du quintile du revenu total du ménage, du milieu de résidence (urbain ou rural), de la taille et de la composition du ménage ainsi que de l'appartenance autodéclarée à un groupe « racialisé ». Il est intéressant de noter qu'aucune différence entre les genres n'a été observée relativement à la consommation d'alcool.

En proportion, davantage d'hommes que de femmes ont déclaré avoir augmenté leur consommation de cannabis parmi les répondants ayant déclaré une augmentation de cette consommation.

Il est important de noter que ces estimations sont représentatives de l'ensemble de la population observée, incluant celle n'ayant jamais consommé d'alcool ou de cannabis. Ces résultats seraient probablement considérablement différents si notre échantillon se limitait aux répondants ayant déjà consommé ces substances. Comme le Canada est actuellement à l'étape de la relance, les études à venir

devraient continuer de surveiller la consommation d'alcool et de cannabis à l'échelle de l'ensemble de la population, y compris chez les non-consommateurs. Toutefois, on devrait également étudier plus spécifiquement les personnes consommant ces substances afin d'orienter les stratégies de prévention et de réduction des méfaits en matière de santé publique. Il serait également justifié de mener des recherches pour étudier l'effet de certaines mesures susceptibles d'avoir contribué à l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis (par exemple la livraison à domicile d'alcool).

Conclusion

Au cours de la deuxième vague de la pandémie de la COVID-19 au Canada, environ 15,7 % des Canadiens ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool et 5,4 % leur consommation de cannabis. Ces estimations représentatives à l'échelle nationale varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques, ce qui met en évidence la nécessité de comprendre les déterminants sociaux de la santé. Les études à venir devraient porter sur le lien entre les déterminants et la consommation de substances pendant la pandémie de COVID-19 afin de déterminer quelles populations à risque pourraient tirer profit d'une sensibilisation accrue, d'efforts d'atténuation et de ressources relatives aux méfaits liés à l'alcool et au cannabis.

Remerciements

Les auteures désirent remercier Lil Tonmyr (de l'Agence de la santé publique du Canada) et Statistique Canada pour leur contribution à la conception de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale. Elles remercient également Jeyasakthi Venugopal (Agence de la santé publique du Canada) d'avoir vérifié l'analyse et les résultats obtenus. Merci également au personnel de Statistique Canada et du Programme d'accès et de coordination des données (PACD) de l'Agence de la santé publique du Canada pour leur aide en ce qui concerne la diffusion des données. Nous tenons à remercier toutes les personnes de Statistique Canada qui ont participé à la collecte des données. Enfin, nous remercions toutes les personnes qui ont participé à cette enquête.

Conflits d'intérêts

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

TABEAU 2
Proportions d'augmentation autodéclarée de consommation d'alcool et de consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19, en fonction des caractéristiques sociodémographiques, adultes (18 ans et plus), Canada, septembre à décembre 2020

Variable	Proportion de personnes ayant déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>	Proportion de personnes ayant déclaré avoir diminué leur consommation de cannabis (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Genre				
Hommes	15,2 (13,8 à 16,6)	0,5902	5,8 (4,8 à 6,8)	< 0,001
Femmes	16,2 (14,9 à 17,5)		4,9 (4,1 à 5,8)	
Groupe d'âge (ans)				
18 à 24	14,1 (10,0 à 18,3)	< 0,001	12,1 (8,0 à 16,1)	< 0,001
25 à 34	18,2 (15,5 à 20,8)		9,8 (7,7 à 12,0)	
35 à 44	21,9 (19,6 à 24,3)		6,0 (4,6 à 7,4)	
45 à 54	21,0 (18,4 à 23,7)		4,4 (3,2 à 5,7)	
55 à 64	13,8 (11,9 à 15,7)		3,1 (2,2 à 3,9)	
65 et plus	7,3 (6,0 à 8,6)		1,0 (0,5 à 1,4)	
Changements relatifs au revenu depuis le début de la pandémie de COVID-19				
Augmentation	18,5 (14,3 à 22,6)	< 0,001	5,4 (2,8 à 8,0)	< 0,001
Diminution	19,1 (17,2 à 20,9)		7,9 (6,5 à 9,3)	
Aucun changement	13,3 (12,2 à 14,3)		3,8 (3,1 à 4,5)	
Quintile du revenu total du ménage déclaré				
Q1	7,5 (6,0 à 9,0)	< 0,001	4,2 (3,0 à 5,4)	0,1351
Q2	12,7 (10,7 à 14,7)		5,0 (3,7 à 6,4)	
Q3	15,9 (13,8 à 18,1)		6,5 (4,7 à 8,2)	
Q4	21,1 (18,5 à 23,8)		6,7 (5,1 à 8,2)	
Q5	27,2 (24,2 à 30,2)		5,6 (3,7 à 7,4)	
Province/capitale territoriale				
Colombie-Britannique	19,2 (16,6 à 21,8)	0,0013	5,0 (3,4 à 6,6)	< 0,001
Alberta	17,0 (14,4 à 19,7)		6,0 (4,4 à 7,6)	
Saskatchewan	15,3 (14,5 à 18,1)		3,0 (1,6 à 4,3)	
Manitoba	16,2 (13,5 à 18,8)		5,2 (3,6 à 6,8)	
Ontario	14,9 (13,1 à 16,6)		6,5 (5,1 à 7,8)	
Québec	14,7 (12,9 à 16,5)		3,8 (2,7 à 4,9)	
Nouveau-Brunswick	14,1 (11,5 à 16,7)		5,1 (3,2 à 7,0)	
Nouvelle-Écosse	16,5 (13,4 à 19,5)		7,8 (5,6 à 9,9)	
Île-du-Prince-Édouard	11,0 (8,4 à 13,5)		5,5 (3,5 à 7,4)	
Terre-Neuve-et-Labrador	14,0 (11,1 à 16,9)		4,1 (2,5 à 5,8)	
Whitehorse (Yukon)	17,7 (13,8 à 21,6)		5,3 (2,9 à 7,6)	
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)	22,5 (17,1 à 27,9)		5,9 (3,1 à 8,6)	
Iqaluit (Nunavut)	18,0 (12,1 à 23,9)		6,4 (2,5 à 10,3)	
Milieu de résidence				
Urbain	16,2 (15,1 à 17,3)	0,0105	5,6 (4,8 à 6,3)	0,3146
Rural	13,1 (11,2 à 15,1)		4,7 (3,3 à 6,1)	
Nombre de personnes dans le ménage				
1	11,9 (10,4 à 13,4)	< 0,001	5,3 (4,2 à 6,3)	0,3663
2	13,5 (12,2 à 14,8)		4,9 (4,1 à 5,8)	
3	17,1 (14,6 à 19,6)		5,1 (3,6 à 6,6)	
4	20,8 (18,0 à 23,5)		6,9 (4,8 à 9,0)	
5 ou plus	17,0 (13,6 à 20,4)		5,5 (3,2 à 7,8)	

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Proportions d'augmentation autodéclarée de consommation d'alcool et de consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19, en fonction des caractéristiques sociodémographiques, adultes (18 ans et plus), Canada, septembre à décembre 2020

Variable	Proportion de personnes ayant déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>	Proportion de personnes ayant déclaré avoir diminué leur consommation de cannabis (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Parent ou tuteur légal d'un ou de plusieurs enfants de moins de 18 ans				
Oui	22,6 (20,6 à 24,5)	< 0,001	4,8 (3,8 à 5,7)	0,1749
Non	13,1 (12,0 à 14,2)		5,7 (4,8 à 6,5)	
Niveau de scolarité				
Sans diplôme d'études secondaires	4,9 (3,2 à 6,6)	< 0,001	3,6 (0,9 à 6,3)	0,3849
Diplôme d'études secondaires	11,5 (9,5 à 13,5)		5,3 (3,9 à 6,7)	
Diplôme d'études postsecondaires	18,4 (17,2 à 19,6)		5,7 (4,9 à 6,5)	
Personnes qui s'auto-identifient comme membres d'un groupe « racialisé »				
Oui	9,4 (7,4 à 11,4)	< 0,001	5,1 (3,5 à 6,8)	0,6659
Non	17,8 (16,7 à 18,9)		5,5 (4,8 à 6,2)	
Immigrant				
Oui	8,8 (7,3 à 10,4)	< 0,001	3,1 (1,8 à 4,4)	0,0024
Non	18,2 (17,1 à 19,4)		6,3 (5,5 à 7,1)	
Résident non permanent	14,5 ^E (2,4 à 26,6)		6,6 ^E (0,2 à 12,9)	
Santé mentale autodéclarée par rapport à la situation avant la pandémie de COVID-19				
Bien meilleure maintenant / un peu meilleure maintenant	13,6 (10,3 à 16,9)	< 0,001	8,8 (5,0 à 12,6)	< 0,001
À peu près la même	9,5 (8,6 à 10,5)		2,4 (1,8 à 3,0)	
Bien moins bonne / un peu moins bonne	27,0 (24,9 à 29,1)		10,0 (8,5 à 11,5)	

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : IC : intervalle de confiance; Q : quintile.

^E Conformément aux directives de diffusion de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, les estimations de la prévalence doivent être interprétées avec prudence, car la taille de l'échantillon total non pondéré se situe entre 75 et 150. Veuillez tenir compte des intervalles de confiance lorsque vous interprétez ces estimations.

Contributions des auteures et avis

MV, KHM, NH et MB ont rédigé l'article. MV s'est chargée des analyses statistiques. Toutes les coauteures ont interprété les données et révisé l'article.

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

Références

- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), Nanos Research. Canadians report an increase in feeling stressed regularly or all the time now compared to one month before COVID-19. Ottawa (Ont.) : CSMC; 2020. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/nanos_covid_may_2020.pdf
- Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021;11(1):e042871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>
- Hawke LD, Barbic SP, Voineskos A, et al. Impacts of COVID-19 on youth mental health, substance use, and well-being: a rapid survey of clinical and community samples. *Can J Psychiatry*. 2020;65(10):701-709. <https://doi.org/10.1177/2F0706743720940562>
- Dozois DJ, Recherche en santé mentale Canada. Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: a national survey. *Can Psychol*. 2021;62(1):136-42. <https://doi.org/10.1037/cap0000251>
- Schmitz N, Holley P, Meng X, Fish L, Jedwab J. COVID-19 and depressive symptoms: a community-based study in Quebec, Canada. *Can J Psychiatry*. 2020;65(10):733-735. <https://doi.org/10.1177/0706743720943812>
- Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*. 2002;68(3):299-307. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00220-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00220-X)
- Bolton J, Cox B, Clara I, Sareen J. Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(11):818-825. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000244481.63148.98>

-
8. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord.* 2011;131(1-3):233-242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.014>
 9. Schlossarek S, Kempkensteffen J, Reimer J, Verthein U. Psychosocial determinants of cannabis dependence: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res.* 2016;22(3):131-144. <https://doi.org/10.1159/000441777>
 10. Zajacova A, Jehn A, Stackhouse M, Denice P, Ramos H. Changes in health behaviours during early COVID-19 and socio-demographic disparities: a cross-sectional analysis. *Can J Public Health.* 2020;111(6):953-962. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00434-y>
 11. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), University of British Columbia. Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : Vague 2. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020. En ligne à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/ACSM-UBC-Vague-2-Resume-des-conclusions.pdf>
 12. Evans AC, Bufka LF. The critical need for a population health approach: addressing the nation's behavioral health during the COVID-19 pandemic and beyond. *Prev Chronic Dis.* 2020;17:200261. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200261>
 13. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036

Recherche quantitative originale

Adopter une perspective axée sur le genre pour comprendre les changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada, septembre à décembre 2020

Kate Hill MacEachern, Ph. D.; Jeya Venugopal, M.P.H.; Mélanie Varin, M. Sc.; Murray Weeks, Ph. D.; Nousin Hussain, M.P.H.; Melissa M. Baker, Ph. D.

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

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

Résumé

Introduction. On a fait état d'une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis, ainsi que des méfaits qui en découlent depuis le début la pandémie de COVID-19. Les données disponibles montrent que la consommation de substances psychoactives et les dommages qui y sont associés diffèrent selon le genre. Pourtant, aucune étude canadienne n'a adopté de perspective axée sur le genre relativement à la consommation d'alcool et de cannabis pendant cette période. Nos objectifs étaient 1) de fournir des estimations de la prévalence selon le genre d'une consommation autodéclarée accrue d'alcool et de cannabis et 2) d'analyser les associations stratifiées selon le genre entre les variables sociodémographiques et de santé mentale et la consommation d'alcool et de cannabis.

Méthodologie. À l'aide des données de l'enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, nous avons calculé des estimations de prévalence représentatives à l'échelle nationale, spécifique à chaque genre, et les avons ventilées par variables sociodémographiques et de santé mentale. Quatre modèles de régression logistique ont été utilisés pour évaluer la probabilité d'une consommation autodéclarée accrue d'alcool et de cannabis.

Résultats. La prévalence d'une consommation autodéclarée accrue d'alcool (16,2 % chez les femmes, 15,2 % chez les hommes) et de cannabis (4,9 % chez les femmes, 5,8 % chez les hommes) ne diffère pas selon le genre. Pour les deux genres, le revenu, l'appartenance à un groupe dit « racialisé », le fait d'avoir travaillé au cours de la semaine précédente, le fait d'être parent ou tuteur légal d'un enfant de moins de 18 ans et le fait d'avoir reçu un résultat positif au dépistage de la dépression et de l'anxiété sont associés à une consommation accrue d'alcool. Les hommes et les femmes âgés de 18 à 44 ans ou ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la dépression étaient plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de cannabis. Chez les femmes, le niveau d'éducation est significativement associé à une consommation accrue d'alcool. Chez les hommes, le fait d'être parent ou tuteur légal est associé de manière significative à une probabilité moindre d'augmentation de la consommation de cannabis.

Conclusion. Lors de la deuxième vague de la pandémie, les facteurs sociodémographiques ainsi que la dépression et l'anxiété ont été associés de manière similaire à une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis, tant chez les hommes que chez les femmes.

Points saillants

- Entre septembre et décembre 2020, 16,2 % des femmes et 15,2 % des hommes ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool. Au cours de la même période, 4,9 % des femmes et 5,8 % des hommes ont déclaré avoir augmenté leur consommation de cannabis.
- Dans l'ensemble, les facteurs associés à la consommation d'alcool et de cannabis dans les modèles de régression stratifiés par genre étaient similaires.
- Chez les femmes, des niveaux de scolarité plus élevés étaient significativement associés à une consommation accrue d'alcool.
- Les hommes qui étaient parents ou tuteurs légaux étaient significativement moins susceptibles d'avoir déclaré une consommation accrue de cannabis.
- Chez les hommes comme chez les femmes, le dépistage des symptômes de la dépression était significativement associé à une probabilité plus élevée de consommation accrue d'alcool et de cannabis.

Mots-clés : consommation de substances, alcool, cannabis, genre, santé mentale, anxiété, dépression

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Kate Hill MacEachern, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; Tél. : 343-553-7514; courriel : katy.hillmaceachern@phac-aspc.gc.ca

Introduction

La pandémie de COVID-19 a entraîné des changements sans précédent dans la vie quotidienne à travers le monde. Entre le premier cas de COVID-19 détecté en janvier 2020 et mai 2021, le Canada a signalé plus de 1,3 million de cas et plus de 25 000 décès¹. Des données probantes indiquent que la pandémie actuelle a une incidence négative sur la population, certains Canadiens signalant une détérioration de leur santé mentale², des défis économiques et une augmentation des comportements de consommation de substances³. La consommation de substances réglementées, comme le cannabis et l'alcool, a augmenté au cours de la première et de la deuxième vague de la pandémie³. Ces augmentations pourraient mener à des habitudes de consommation à risque ou à des méfaits liés aux substances⁴⁻⁶. Afin d'élaborer des politiques, des programmes et des stratégies de réduction des risques efficaces, il est nécessaire de comprendre les facteurs sociodémographiques susceptibles de contribuer aux changements de consommation d'alcool et de cannabis. Il convient notamment d'adopter une perspective axée sur le genre vis-à-vis des changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada (de septembre à décembre 2020).

Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale au Canada sont de plus en plus claires. Les résultats récents d'une série de sondages pondérés à l'échelle nationale ont montré que la prévalence de l'anxiété et de la dépression était à son plus haut niveau en février 2021, comparée à celle de la première vague de collecte de données qui coïncidait avec le début de la pandémie au Canada⁷. Selon Recherche en santé mentale Canada, la proportion de Canadiens ayant déclaré être très anxieux était quatre fois plus élevée en février 2021 qu'avant la pandémie⁷. De plus, la proportion de participants ayant fait état de niveaux élevés de dépression en février 2021 était 13 % plus élevée qu'avant la pandémie (17 % contre 4 %)⁷. Les données de ce sondage représentatif à l'échelle nationale ont montré que la proportion de participants ayant fait état d'un niveau élevé d'anxiété était semblable dans toutes les provinces, mais qu'elle était plus élevée chez les femmes

(31 % comparativement à 19 % chez les hommes)⁷.

Des données laissent penser que certains se tournent vers la consommation de substances comme stratégie d'adaptation à la pandémie^{8,9}. Par exemple, l'Association canadienne pour la santé mentale a rapporté que 17 % des participants à une enquête représentative à l'échelle nationale avaient augmenté leur consommation de substances pour s'adapter à la pandémie au Canada³. En cohérence avec ces résultats, quelques études canadiennes ont révélé une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis au cours des première et deuxième vagues de COVID-19^{3,10,11}. De manière générale, d'après les données canadiennes disponibles pour avril 2020 à mars 2021, la prévalence de l'augmentation de la consommation d'alcool se situe entre 18 % et 32 % et celle de l'augmentation de la consommation de cannabis entre 6 % et 34 %^{3,10-12}. La variabilité des estimations est probablement due aux caractéristiques de l'échantillon, les estimations les plus faibles étant fondées sur un échantillon d'enquête complet et les estimations les plus élevées étant fondées sur un sous-ensemble de participants ayant déclaré consommer de l'alcool et du cannabis. Dans l'ensemble, les données indiquent une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis chez certains adultes canadiens.

Très peu d'études ont fait état de différences entre les genres en matière de consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie, et aucune étude canadienne n'a fourni d'estimations représentatives de la consommation par genre à l'échelle nationale. D'après les données canadiennes recueillies avant la pandémie de COVID-19, plus d'hommes que de femmes ont déclaré consommer du cannabis¹³ et de l'alcool^{14,15}. De plus, au Canada, les taux d'hospitalisations et de décès liés à l'alcool et au cannabis étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, ce qui révèle un fardeau plus lourd pour les hommes¹⁶.

Cependant, des études ont montré que la consommation d'alcool¹⁴ et de cannabis¹⁷ est en hausse chez les femmes au Canada. Dans le même ordre d'idées, une analyse des tendances des visites aux services d'urgence de l'Ontario de 2003 à 2016 a révélé que les hospitalisations attribuables

à l'alcool ont augmenté chez les femmes à un taux ajusté selon l'âge qui s'est révélé 1,63 fois supérieur à celui des hommes¹⁸. De plus, selon un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, de 2001 à 2017, les décès attribuables à l'alcool ont augmenté de 26 % chez les femmes, comparativement à une augmentation de 5 % chez les hommes¹⁶. Compte tenu de ces tendances, ainsi que de l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie, il est important de comprendre les comportements de consommation en fonction du genre afin d'éclairer les stratégies de réduction des risques.

L'objectif de cette étude consistait à offrir des estimations de prévalence stratifiées par genre en matière de changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis selon divers facteurs sociodémographiques et consistait également à évaluer les associations stratifiées selon le genre entre facteurs sociodémographiques et changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis.

Méthodologie

Conception de l'étude et taille de l'échantillon

Les données ont été obtenues à partir de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM). Il s'agit d'une enquête transversale, représentative à l'échelle nationale, à réponse rapide, menée par Statistique Canada dans le but d'évaluer les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et le mieux-être de la population canadienne. Cette enquête a été menée entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020 auprès de 30 000 foyers dans les 10 provinces et dans les capitales des trois territoires du Canada, ce qui a permis de constituer un échantillon de 14 689 participants âgés de 18 ans et plus. Au sein de l'échantillon initial, 84 % des répondants ont accepté de partager leurs données avec l'Agence de la santé publique du Canada, ce qui a permis d'obtenir un échantillon final de 12 344 participants pour nos analyses. Ont été exclues de l'enquête les personnes vivant dans des réserves ou d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes vivant en institution. D'autres renseignements sur l'ECSM sont disponibles sur le site Internet de Statistique Canada¹⁹.

Mesures

Variables sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques qui ont été sélectionnées sont le genre, l'âge, le niveau de scolarité, le quintile de revenu total du ménage, le fait d'avoir travaillé au cours de la semaine précédente, le fait d'être parent ou tuteur légal d'un ou de plusieurs enfants de moins de 18 ans et celui d'appartenir à une minorité visible (oui/non). L'ECSM a utilisé le terme « minorité visible » pour désigner les répondants autres que les Autochtones qui ne sont pas d'origine caucasienne ni d'origine ethnique blanche. Pour les besoins de cet article, nous nommerons cette variable « membre d'un groupe dit "racialisé" » (oui/non). Notez que l'enquête a recueilli le genre et non le sexe assigné à la naissance. Le genre est une construction sociale et fait référence aux caractéristiques, comportements et rôles qu'une société a attribués aux femmes et aux hommes²⁰. Les participants devaient répondre à la question « Quel est votre genre? » et choisir entre « homme », « femme » ou « autre identité de genre ». Cette dernière catégorie formait 0,2 % de l'échantillon, ce qui limitait la possibilité d'obtenir des estimations fiables pour ce groupe. Par conséquent, cette catégorie n'a pas été incluse dans les analyses.

Variables relatives à la santé mentale

Afin de réaliser nos analyses, des variables dichotomiques de seuil ont été utilisées pour les symptômes de trouble d'anxiété généralisée (TAG) modéré à sévère et de trouble dépressif majeur (TDM). Pour le TAG, les participants ont été classés positifs au dépistage avec un score de 10 ou plus sur l'échelle du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7)²¹. Pour le TDM, les participants ont été classés positifs au dépistage avec un score de 10 ou plus au Questionnaire sur la santé du patient à 9 questions (PHQ-9)²².

Changements autodéclarés dans la consommation de substances

Pour obtenir une mesure des changements dans la consommation de substances, on a posé les questions suivantes aux participants : « Comment votre consommation d'alcool a-t-elle changé comparativement à avant la pandémie de COVID-19? » et « Comment votre consommation de cannabis a-t-elle changé comparativement à avant la pandémie de COVID-19? ». Les options de réponse des participants étaient

les suivantes : « Augmentation », « Diminution » et « Aucun changement ». La diminution autodéclarée de consommation et l'absence de changement ont été regroupées pour créer une variable dichotomique pour les changements dans la consommation de substances, les deux groupes étant l'augmentation et la diminution ou absence de changement. Les réponses codées comme « non déclaré » ont été traitées comme manquantes et ces participants ont été exclus des analyses ($n = 43$).

Analyses statistiques

Les répondants ayant déclaré n'avoir jamais consommé de cannabis ont été regroupés dans la catégorie « Aucun changement ». Des analyses de sensibilité pour les changements autodéclarés dans la consommation de cannabis ont été effectuées pour voir si les tendances des variables désagrégées et des associations dans les modèles de régression logistique étaient différentes entre l'échantillon entier, qui comprenait des personnes n'ayant jamais consommé de cannabis ($n = 8843$) et un sous-échantillon, qui comprenait uniquement des personnes ayant consommé du cannabis au cours de leur vie ($n = 3487$). Les analyses de sensibilité ont révélé que les tendances des variables désagrégées et des associations dans les modèles logistiques étaient similaires entre l'échantillon entier et le sous-échantillon. On peut par conséquent considérer que nos estimations rendent compte des changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie de COVID-19 pour l'ensemble de la population canadienne, qui inclut des individus n'ayant jamais consommé de cannabis et ne consommant pas d'alcool.

L'ensemble des données a été stratifié par genre pour toutes les analyses ($n_{\text{femmes}} = 7063$; $n_{\text{hommes}} = 5255$). Pour obtenir des estimations de prévalence spécifiques à chaque genre, les données ont été ventilées par variables sociodémographiques et de santé mentale. Toutes les estimations de prévalence ont été pondérées à l'aide des poids d'échantillonnage de l'enquête fournis par Statistique Canada afin de générer des résultats représentatifs à l'échelle nationale. Des analyses de régression logistique spécifiques à chaque genre ont été menées pour obtenir des estimations des associations entre les variables sociodémographiques et

l'augmentation autodéclarée de la consommation d'alcool et de cannabis. Pour les modèles de régression, le revenu total du ménage a été traité comme une variable continue pour faciliter l'interprétation. Au total, nous avons utilisé quatre modèles de régression logistique. La variance a été estimée par la méthode bootstrap et la version 7.1 du logiciel SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Les caractéristiques des échantillons sont présentées dans le tableau 1. Tant pour les hommes que pour les femmes, le quintile de revenu total du ménage est réparti de manière égale. La majorité des hommes et des femmes avaient entre 25 et 64 ans (68,8 % des femmes, 67,9 % des hommes), étaient titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (69,3 % des femmes, 68,3 % des hommes) et avaient travaillé au cours de la semaine précédente (54,8 % des femmes, 61,7 % des hommes). En outre, la majorité des répondants ne se déclaraient pas comme appartenant à un groupe dit « racialisé » (77,7 % des femmes, 73,6 % des hommes) et n'étaient pas parents ou tuteurs légaux d'un enfant de moins de 18 ans (71,9 % des femmes, 72,9 % des hommes). Enfin, la plupart des répondants de notre échantillon d'étude n'avaient pas présenté de symptômes modérés à graves de TAG (83,8 % des femmes, 90,1 % des hommes) ou de TDM (82,5 % des femmes, 87,4 % des hommes).

Dans l'ensemble, 16,2 % des femmes et 15,2 % des hommes au Canada ont déclaré une consommation accrue d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19. De plus, 4,9 % des femmes et 5,8 % des hommes ont déclaré une consommation accrue de cannabis. Au sein du sous-échantillon de personnes ayant déjà consommé du cannabis dans leur vie, 20,1 % des hommes et 20,3 % des femmes ont déclaré une consommation accrue de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Estimations de la prévalence stratifiée par genre

Les estimations stratifiées par genre de l'augmentation de la consommation d'alcool sont présentées dans le tableau 2. Pour les deux genres, la prévalence d'une consommation autodéclarée accrue d'alcool

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête ayant déclaré des changements dans leur consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie de COVID-19, par genre^a

Variable	Caractéristiques de l'échantillon			
	Femmes		Hommes	
	Pourcentage	IC à 95 %	Pourcentage	IC à 95 %
Membre d'un groupe dit « racialisé »				
Oui	22,27	20,67 à 23,87	26,36	24,61 à 28,11
Non	77,73	76,13 à 79,33	73,64	71,89 à 75,39
Groupe d'âge (ans)				
18 à 24	7,85	6,68 à 9,03	11,10	9,68 à 12,52
25 à 44	36,19	35,01 à 37,37	34,71	33,31 à 36,12
45 à 64	32,56	32,50 à 32,61	33,17	33,06 à 33,28
65 et plus	23,40	23,35 à 23,46	21,01	20,93 à 21,10
Niveau de scolarité				
Sans diplôme d'études secondaires	7,74	6,82 à 8,66	7,45	6,41 à 8,49
Diplôme d'études secondaires	23,01	21,39 à 24,62	24,21	22,33 à 26,09
Diplôme d'études postsecondaires	69,25	67,53 à 70,98	68,34	66,42 à 70,26
Quintile de revenu total du ménage				
Q1	22,08	20,65 à 23,51	20,05	18,41 à 21,69
Q2	20,33	18,85 à 21,81	20,03	18,50 à 21,56
Q3	22,74	21,09 à 24,38	22,10	20,35 à 23,85
Q4	17,62	16,08 à 19,16	18,97	17,29 à 20,65
Q5	17,23	15,69 à 18,76	18,85	17,19 à 20,52
A travaillé la semaine précédente				
Oui	54,75	53,13 à 56,37	61,71	59,90 à 63,51
Non	45,25	43,63 à 46,87	38,29	36,49 à 40,10
Parent ou tuteur légal d'un enfant de moins de 18 ans				
Oui	28,14	26,82 à 29,46	27,12	25,64 à 28,59
Non	71,86	70,54 à 73,18	72,88	71,41 à 74,36
Symptômes de TAG				
Oui	16,20	14,80 à 17,59	9,92	8,65 à 11,20
Non	83,80	82,41 à 85,20	90,08	88,80 à 91,35
Symptômes de TDM				
Oui	17,51	16,02 à 19,00	12,61	11,23 à 14,00
Non	82,49	81,00 à 83,98	87,39	86,00 à 88,78

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : IC, intervalles de confiance, TAG, trouble d'anxiété généralisé, TDM, trouble dépressif majeur; Q, quintile.

^a Les analyses ont été effectuées au sein d'un même genre et non entre les genres.

était significativement plus élevée chez les membres du groupe dit « non racialisé » (18,5 % des femmes, 17,1 % des hommes) que chez les membres du groupe dit « racialisé » (8,4 % des femmes, 10,2 % des hommes) et plus élevée dans le groupe des 25 à 44 ans (20,8 % des femmes, 19,0 % des hommes) que dans les autres groupes d'âge (7,3 % pour les femmes et 17,2 % pour les hommes). La prévalence d'une consommation autodéclarée accrue d'alcool a augmenté de

manière significative à chaque niveau de scolarité pour les femmes (4,1 % à 19,6 %) et au niveau inférieur aux études secondaires pour les hommes (5,8 % à 12,5 %). La prévalence d'une consommation autodéclarée accrue d'alcool augmentait avec le quintile de revenu total du ménage (7,2 % à 27,8 % pour les femmes, 7,9 % à 26,6 % pour les hommes).

En outre, les personnes ayant travaillé au cours de la semaine précédente (20,4 %

des femmes, 19,2 % des hommes) et les parents ou tuteurs légaux d'un ou de plusieurs enfants de moins de 18 ans (23,3 % des femmes, 21,7 % des hommes) présentaient une prévalence significativement plus élevée de consommation autodéclarée accrue d'alcool que les personnes qui n'avaient pas travaillé au cours de la semaine précédente (10,8 % des femmes, 8,6 % des hommes) et qui n'étaient pas parents ou tuteurs légaux d'un enfant de moins de 18 ans (13,4 % des femmes, 12,7 % des hommes). Enfin, le pourcentage de consommation autodéclarée accrue d'alcool était environ deux fois plus élevé chez les hommes et les femmes présentant des symptômes de TAG (26,4 % des femmes, 29,8 % des hommes) et de TDM (26,3 % des femmes, 29,5 % des hommes) que chez les personnes ne présentant aucuns symptômes de TAG (14,2 % des femmes, 13,6 % des hommes) et de TDM (13,8 % des femmes, 13,1 % des hommes).

Les estimations de prévalence d'une consommation autodéclarée accrue de cannabis stratifiée par genre et ventilée par caractéristiques sociodémographiques et par variables de santé mentale sont présentées dans le tableau 3. Chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence d'une consommation autodéclarée accrue de cannabis diminue significativement avec l'âge (12,5 % à 1,1 % pour les femmes, 11,1 % à 0,8 % pour les hommes). Chez les femmes, les estimations n'étaient pas significativement différentes, mais étaient légèrement plus élevées pour les membres du groupe dit « non racialisé » (5,2 %) et les parents ou tuteurs légaux d'un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans (5,1 %) par rapport aux membres du groupe dit « racialisé » (4,1 %) et aux femmes qui n'étaient pas parentes ou tutrices légales (4,9 %). Chez les hommes, la prévalence était similaire parmi les membres de groupes dits « racialisés » (6,0 % de membres de groupes dits « non racialisés »), et les hommes qui n'étaient pas parents ou tuteurs légaux (6,3 %) par rapport à ceux qui l'étaient (4,4 %).

Les estimations de prévalence pour le niveau de scolarité, les groupes de quintiles de revenu et le fait d'avoir travaillé au cours de la semaine précédente ou non n'étaient pas significativement différentes pour les hommes et pour les femmes. Toutefois, le pourcentage de consommation

TABLEAU 2

Estimations de la prévalence des participants à l'enquête ayant déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19, par genre^a

Variable	Augmentation chez les femmes		Augmentation chez les hommes	
	Pourcentage	IC à 95 %	Pourcentage	IC à 95 %
Total	16,18	14,90 à 17,46	15,19	13,79 à 16,58
Membre d'un groupe dit « racialisé »				
Oui	8,40	5,70 à 11,11	10,16	7,35 à 12,96
Non	18,51	17,10 à 19,91	17,05	15,39 à 18,70
Groupe d'âge (ans)				
18 à 24	16,76	10,29 à 23,24	11,92	6,61 à 17,24
25 à 44	20,81	18,40 à 23,21	19,03	16,26 à 21,79
45 à 64	17,24	15,09 à 19,39	17,21	14,81 à 19,61
65 et plus	7,28	5,64 à 8,92	7,34	5,38 à 9,30
Niveau de scolarité				
Sans diplôme d'études secondaires	4,09	1,88 à 6,29	5,77	3,17 à 8,38
Diplôme d'études secondaires	10,22	7,72 à 12,71	12,54	9,47 à 15,62
Diplôme d'études postsecondaires	19,59	17,95 à 21,22	17,19	15,48 à 18,89
Quintile de revenu total du ménage				
Q1	7,22	5,32 à 9,12	7,93	5,69 à 10,17
Q2	14,38	11,67 à 17,09	11,07	8,09 à 14,05
Q3	15,38	12,71 à 18,05	16,41	13,11 à 19,70
Q4	24,71	20,62 à 28,79	17,97	14,71 à 21,23
Q5	27,80	23,60 à 32,00	26,64	22,14 à 31,14
A travaillé la semaine précédente				
Oui	20,40	18,47 à 22,32	19,21	17,18 à 21,24
Non	10,85	9,23 à 12,47	8,64	6,93 à 10,35
Parent ou tuteur légal d'un enfant de moins de 18 ans				
Oui	23,25	20,50 à 26,00	21,73	18,89 à 24,58
Non	13,41	11,99 à 14,83	12,73	11,11 à 14,35
Symptômes de TAG				
Oui	26,42	22,16 à 30,67	29,81	23,78 à 35,84
Non	14,17	12,90 à 15,44	13,58	12,17 à 14,99
Symptômes de TDM				
Oui	26,32	22,43 à 30,21	29,46	24,07 à 34,84
Non	13,75	12,47 à 15,02	13,12	11,70 à 14,54

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : IC, intervalles de confiance, TAG, trouble d'anxiété généralisé, TDM, trouble dépressif majeur; Q, quintile.

^a Les analyses ont été effectuées au sein d'un même genre et non entre les genres.

autodéclarée accrue de cannabis était près de quatre fois plus élevé chez les hommes et les femmes présentant des symptômes de TAG (12,6 % des femmes, 18,2 % des hommes) et de TDM (14,2 % des femmes, 16,1 % des hommes) que chez les personnes ne présentant aucuns symptômes de TAG (3,5 % des femmes, 4,5 % des hommes) et de TDM (3,0 % des femmes, 4,3 % des hommes).

Régressions logistiques stratifiées par genre

Les rapports de cotes corrigés (RCC) par genre sont présentés dans le tableau 4. Pour les hommes comme pour les femmes, la probabilité d'augmentation autodéclarée de la consommation d'alcool augmente avec le revenu ($RCC_{\text{femmes}} = 1,11$, IC à 95 % : 1,07 à 1,15, $RCC_{\text{hommes}} = 1,12$, 1,06 à 1,17). Pour les deux genres, les

membres du groupe dit « non racialisé » ($RCC_{\text{femmes}} = 2,95$, 1,95 à 4,48, $RCC_{\text{hommes}} = 2,35$, 1,62 à 3,40), le fait d'avoir travaillé au cours de la semaine précédente ($RCC_{\text{femmes}} = 1,32$, 1,01 à 1,72, $RCC_{\text{hommes}} = 1,54$, 1,08 à 2,21), le fait d'être parent ou tuteur légal d'un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans ($RCC_{\text{femmes}} = 1,46$, 1,13 à 1,90, $RCC_{\text{hommes}} = 1,38$, 1,05 à 1,82), ainsi que le fait d'avoir des symptômes de TDM ($RCC_{\text{femmes}} = 1,86$, 1,36 à 2,54, $RCC_{\text{hommes}} = 2,35$, 1,58 à 3,50) et de TAG ($RCC_{\text{femmes}} = 1,65$, 1,18 à 2,32, $RCC_{\text{hommes}} = 1,72$, 1,14 à 2,61) étaient significativement associés à une probabilité plus élevée de consommation accrue d'alcool. La probabilité d'avoir déclaré une consommation accrue d'alcool était plus de trois fois supérieure chez les femmes ayant suivi des études postsecondaires ($RCC = 3,05$, 1,47 à 6,32) par rapport aux femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires.

Chez les hommes comme chez les femmes, le fait d'être âgé de 18 à 24 ans ($RCC_{\text{femmes}} = 6,22$, 2,09 à 18,49, $RCC_{\text{hommes}} = 7,82$, 1,67 à 36,69) et de 25 à 44 ans ($RCC_{\text{femmes}} = 4,73$, 1,87 à 11,93, $RCC_{\text{hommes}} = 11,32$, 2,69 à 47,61), et le fait d'avoir des symptômes de TDM ($RCC_{\text{femmes}} = 3,30$, 1,76 à 6,18, $RCC_{\text{hommes}} = 2,18$, 1,20 à 3,95) étaient significativement associés à une probabilité plus élevée d'avoir déclaré une consommation accrue de cannabis. Les femmes de 18 à 24 ans étaient 6,22 fois (2,09 à 18,49) plus susceptibles d'avoir déclaré une consommation accrue de cannabis et les femmes de 45 à 64 ans l'étaient 2,52 fois (1,11 à 5,70). Les hommes qui étaient parents ou tuteurs légaux d'un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans étaient moins susceptibles d'avoir déclaré une consommation accrue de cannabis ($RCC = 0,42$, 0,26 à 0,67). Les hommes présentant des symptômes de TAG étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir déclaré une consommation accrue de cannabis ($RCC = 2,44$, 1,32 à 4,54).

Analyse

Comme les répercussions de la pandémie de COVID-19 au Canada vont au-delà de la maladie elle-même, une priorité essentielle consiste à évaluer les effets à court et à long terme des mesures de santé publique liées à la COVID-19 sur le mieux-être de la population, dont l'une des dimensions est la consommation de substances. Une partie importante de cette stratégie

TABEAU 3
Estimations de la prévalence des participants à l'enquête qui ont déclaré avoir augmenté leur consommation de cannabis pendant la pandémie de COVID-19, par genre^a

Variable	Augmentation chez les femmes		Augmentation chez les hommes	
	Pourcentage	IC à 95 %	Pourcentage	IC à 95 %
Total	4,94	4,11 à 5,77	5,81	4,78 à 6,84
Membre d'un groupe dit « racialisé »				
Oui	4,13	1,98 à 6,28	5,97	3,51 à 8,44
Non	5,16	4,29 à 6,03	5,80	4,69 à 6,90
Groupe d'âge (ans)				
18 à 24	12,48	7,03 à 17,94	11,14	5,44 à 16,85
25 à 44	6,92	5,30 à 8,53	9,10	6,98 à 11,23
45 à 64	3,68	2,61 à 4,75	3,74	2,68 à 4,80
65 et plus	1,10	0,45 à 1,75	0,84	0,21 à 1,47
Niveau de scolarité				
Sans diplôme d'études secondaires	3,30	0,60 à 6,01	3,95	0,00 à 8,82
Diplôme d'études secondaires	4,33	2,88 à 5,78	5,81	3,56 à 8,06
Diplôme d'études postsecondaires	5,35	4,32 à 6,37	6,03	4,85 à 7,22
Quintile de revenu total du ménage				
Q1	3,84	2,39 à 5,28	4,57	2,68 à 6,46
Q2	4,34	2,83 à 5,86	5,62	3,38 à 7,87
Q3	6,91	4,41 à 9,40	5,76	3,53 à 7,99
Q4	6,70	4,31 à 9,09	6,23	4,19 à 8,27
Q5	3,53	2,04 à 5,01	7,37	4,05 à 10,68
A travaillé la semaine précédente				
Oui	5,76	4,64 à 6,88	6,68	5,30 à 8,05
Non	3,89	2,68 à 5,09	4,44	2,86 à 6,01
Parent ou tuteur légal d'un enfant de moins de 18 ans				
Oui	5,13	3,70 à 6,57	4,36	3,09 à 5,62
Non	4,87	3,87 à 5,87	6,31	4,97 à 7,65
Symptômes de TAG				
Oui	12,61	9,52 à 15,69	18,18	12,50 à 23,87
Non	3,49	2,70 à 4,28	4,55	3,56 à 5,54
Symptômes de TDM				
Oui	14,20	10,74 à 17,65	16,13	11,64 à 20,61
Non	3,04	2,40 à 3,69	4,28	3,28 à 5,29

Source des données : Enquête de 2020 sur la COVID-19 et la santé mentale.

Abréviations : IC, intervalles de confiance, TAG, trouble d'anxiété généralisé, TDM, trouble dépressif majeur; Q, quintile.

^a Les analyses ont été effectuées au sein d'un même genre et non entre les genres.

consiste à en comprendre les répercussions pour certains sous-groupes précis de population et à déterminer où des risques disproportionnés de méfaits peuvent survenir. D'après certaines données canadiennes, à la fois les hommes et les femmes subissent des méfaits liés à la consommation de substances depuis le début de la pandémie⁶. Plus précisément, on a constaté une augmentation du nombre d'hospitalisations liées à l'alcool et au

cannabis et de décès liés à la consommation de substances (alcool, cannabis et autres substances) chez les hommes et chez les femmes entre mars et septembre 2020 par rapport à la même période en 2019⁶. Compte tenu de cette augmentation des méfaits et de la possibilité de charges de morbidité différentes²³, il est essentiel de comprendre les habitudes de consommation en fonction du genre pour élaborer des stratégies d'atténuation.

À la fois chez les hommes et chez les femmes, le revenu, l'appartenance à un groupe dit « racialisé », le fait d'avoir travaillé au cours de la semaine précédente, le fait d'être parent ou tuteur légal d'un enfant âgé de moins de 18 ans et le fait d'avoir obtenu un résultat positif au test de dépistage du TDM ou du TAG augmentent la probabilité d'avoir déclaré une consommation accrue d'alcool. En ce qui concerne la consommation autodéclarée accrue de cannabis, le fait d'être âgé de 18 à 44 ans et le fait d'être dépisté positif pour le TDM sont associés à une probabilité accrue pour les hommes et les femmes. De même, nous avons constaté que les parents ou tuteurs légaux d'un ou plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans présentaient une prévalence plus élevée de consommation autodéclarée accrue d'alcool par rapport aux autres, tant chez les hommes que chez les femmes.

Nos résultats sont cohérents avec ceux d'une étude représentative à l'échelle nationale menée auprès de 3 000 personnes lors de la première vague de la pandémie au Canada : Gadermann et ses collaborateurs²⁴ ont constaté que 27,7 % des parents ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool en mai 2020, contre 16,1 % des autres. Après ajustement pour divers facteurs, nous avons constaté que le fait d'être parent ou tuteur légal d'enfants de moins de 18 ans était significativement associé à une probabilité plus élevée de déclarer une consommation accrue d'alcool. Les enquêtes à venir devraient évaluer les répercussions élargies de la COVID-19 (dont la consommation de substances et ses méfaits) sur les parents afin de permettre des stratégies ciblées de réduction des méfaits et adaptées aux divers besoins des familles.

D'autres résultats importants, également en cohérence avec ce qui se dégage de la littérature, ont trait aux associations entre les symptômes d'anxiété et de dépression et l'augmentation de la consommation de substances. Deux études menées au Canada ont montré que le fait de souffrir d'une mauvaise santé mentale pendant la pandémie est lié à une consommation accrue d'alcool et de drogues^{3,11}. De même, nous avons constaté que les adultes canadiens qui avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage du TAG, du TDM ou des deux étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir déclaré une consommation accrue d'alcool et de cannabis. Ces résultats sont préoccupants et

TABLEAU 4
Rapports de cotes corrigés (RCC) des participants à l'enquête qui ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie de COVID-19, par genre^a

Variable	Augmentation de la consommation d'alcool		Augmentation de la consommation de cannabis	
	Femmes RCC (IC à 95 %)	Hommes RCC (IC à 95 %)	Femmes RCC (IC à 95 %)	Hommes RCC (IC à 95 %)
Membre d'un groupe dit « racialisé »				
Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non	2,95 (1,95 à 4,48)	2,35 (1,62 à 3,40)	1,57 (0,84 à 2,94)	1,48 (0,86 à 2,54)
Groupe d'âge (ans)				
18 à 24	1,76 (0,92 à 3,37)	1,34 (0,65 à 2,79)	6,22 (2,09 à 18,49)	7,82 (1,67 à 36,69)
25 à 44	1,28 (0,86 à 1,90)	1,67 (1,05 à 2,66)	4,73 (1,87 à 11,93)	11,32 (2,69 à 47,61)
45 à 64	1,23 (0,86 à 1,76)	1,46 (0,94 à 2,26)	2,52 (1,11 à 5,70)	3,90 (0,97 à 15,71)
65 et plus	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Niveau de scolarité				
Sans diplôme d'études secondaires	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Diplôme d'études secondaires	1,60 (0,75 à 3,43)	1,42 (0,73 à 2,79)	1,28 (0,34 à 4,80)	2,59 (0,30 à 22,23)
Études postsecondaires	3,05 (1,47 à 6,32)	1,71 (0,90 à 3,25)	1,99 (0,57 à 6,97)	2,76 (0,32 à 23,55)
Revenu total du ménage (continu)	1,11 (1,07 à 1,15)	1,12 (1,06 à 1,17)	1,00 (0,94 à 1,06)	1,04 (0,97 à 1,11)
A travaillé la semaine précédente				
Oui	1,32 (1,01 à 1,72)	1,54 (1,08 à 2,21)	0,97 (0,58 à 1,61)	1,23 (0,71 à 2,11)
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Parent ou tuteur légal d'un enfant de moins de 18 ans				
Oui	1,46 (1,13 à 1,90)	1,38 (1,05 à 1,82)	0,76 (0,46 à 1,26)	0,42 (0,26 à 0,67)
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Symptômes de TAG				
Oui	1,65 (1,18 à 2,32)	1,72 (1,14 à 2,61)	1,38 (0,71 à 2,68)	2,44 (1,32 à 4,54)
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Symptômes de TDM				
Oui	1,86 (1,36 à 2,54)	2,35 (1,58 à 3,50)	3,30 (1,76 à 6,18)	2,18 (1,20 à 3,95)
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : IC, intervalles de confiance; RCC, rapport de cotes corrigé; Réf., référence; TAG, trouble d'anxiété généralisée; TDM, trouble dépressif majeur.

^a Pour chaque substance, les analyses ont été effectuées au sein d'un même genre et non entre les genres.

soulignent la nécessité de fournir aux Canadiens un soutien approprié pour faire face aux divers facteurs de stress liés à la pandémie ou aggravés par celle-ci.

De manière générale, les facteurs sociodémographiques sont associés de manière similaire à une consommation accrue d'alcool chez les hommes et chez les femmes. On note toutefois quelques différences notables. Chez les femmes, nous avons constaté que le fait d'avoir fait des études postsecondaires est significativement associé à une autodéclaration de consommation accrue d'alcool. L'éducation et d'autres indices du statut socioéconomique (par exemple le revenu) sont généralement associés à la consommation d'alcool^{25,26}, or cette association s'est

révélée significative uniquement pour les femmes, ce qui était inattendu. C'est peut-être le signe d'une charge accrue pour les femmes pendant la pandémie, qui doivent jongler avec des exigences concurrentes liées à la famille ou à la prestation de soins et au travail²⁷.

Chez les hommes, le fait d'être parent ou tuteur légal d'un enfant de moins de 18 ans est associé à une probabilité moindre d'augmentation de la consommation de cannabis. Les recherches futures devraient permettre de déterminer si cela est révélateur de schémas de consommation élargis spécifiques au genre. Par exemple, en 2020, fumer était le mode de consommation de cannabis le plus courant, et la prévalence est restée stable par rapport à

2019 pour les hommes. Cependant, ce mode de consommation a diminué de 64,2 % à 52,5 % chez les femmes qui consommaient du cannabis²⁸. Compte tenu du risque d'exposition secondaire chez les enfants du fait que les parents fument du cannabis^{29,30}, les hommes ayant des enfants à la maison sont peut-être moins susceptibles de fumer du cannabis. Les données relatives aux effets néfastes sur la santé des enfants exposés à la fumée secondaire de cannabis et aux comportements susceptibles de modifier les risques chez les parents qui consomment du cannabis sont limitées, et des recherches supplémentaires sont nécessaires. Nos résultats indiquent également que les hommes présentant un dépistage positif pour le TAG sont significativement plus

susceptibles d'avoir déclaré une consommation accrue de cannabis. Cette association peut être bidirectionnelle, étant donné que l'utilisation fréquente de produits à base de cannabis à forte puissance (plus fréquente chez les hommes) peut augmenter la probabilité de développer un TAG³¹.

Forces et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude canadienne à utiliser une perspective axée sur le genre dans l'analyse de d'une consommation autodéclarée accrue d'alcool et de cannabis pendant la pandémie de COVID-19 au moyen d'une vaste enquête représentative à l'échelle nationale. En outre, nos résultats stratifiés par genre corroborent des recherches antérieures montrant une association entre santé mentale et consommation d'alcool et de cannabis au sein de la population canadienne.

Cependant, ces données présentent des limites. Les changements dans la consommation de substances étaient autodéclarés et le taux de changement n'était pas quantifié, ce qui signifie que tout degré de changement a été traité de la même manière, indépendamment de la manière dont ces changements pouvaient avoir affecté les niveaux absolus de consommation, qui pouvaient ou non correspondre aux directives de consommation de substances à faible risque. Les études à venir auraient besoin d'une évaluation plus nuancée des changements dans les habitudes de consommation de substances, notamment d'un suivi continu des répondants afin d'évaluer l'évolution de leur consommation. De plus, les résultats liés à l'augmentation de la consommation de cannabis pourraient ne pas être uniquement attribuables aux expériences associées à la COVID-19, étant donné la récente légalisation du cannabis à des fins récréatives et les changements subséquents dans les habitudes de consommation et les attitudes sociétales envers cette consommation. Enfin, on ne peut déduire de relations de causalité des associations observées, étant donné la nature transversale de l'enquête.

Conclusion

Au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19, 16,2 % des femmes et 15,2 % des hommes ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool,

tandis que 4,9 % des femmes et 5,8 % des hommes ont déclaré avoir augmenté leur consommation de cannabis. Les données laissent penser que les parents ou tuteurs légaux d'enfants de moins de 18 ans et les personnes présentant des symptômes de TAG et de TDM sont sans doute confrontés à des difficultés durant cette période et choisissent, comme mécanisme d'adaptation potentiel, de commencer à consommer de l'alcool et du cannabis ou d'augmenter leur consommation. Bien que les tendances générales dans les augmentations autodéclarées de consommation d'alcool et de cannabis aient été similaires chez les hommes et les femmes, il est nécessaire de mener d'autres enquêtes pour qualifier le degré de changement des habitudes de consommation et augmenter l'échantillonnage au sein de populations diversifiées selon le genre. Ces résultats soulignent le besoin en ressources ciblées et en soutien approprié pour les parents et les soignants, ainsi que la nécessité de mettre l'accent sur les directives relatives à la consommation d'alcool à faible risque et à la consommation de cannabis à faible risque dans le contexte d'une urgence de santé publique.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Lil Tonmyr (Agence de la santé publique du Canada) et Statistique Canada pour leur contribution à la conception de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale. Nous tenons également à remercier le personnel de Statistique Canada et du programme d'accès et de coordination des données (PACD) de l'Agence de la santé publique du Canada pour leur aide à la diffusion des données. Nous tenons à remercier toutes les personnes de Statistique Canada qui ont participé à la collecte des données. Enfin, nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé à cette enquête.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

KHM a contribué à la conception des travaux, à l'analyse des données, à l'interprétation des données ainsi qu'à la rédaction et à la révision de l'article. JV a contribué à la conception des travaux, à l'analyse des données, à l'interprétation des données ainsi qu'à la rédaction et à la

révision de l'article. MV a contribué à la conception, à l'analyse des données, ainsi qu'à la rédaction et à la révision de l'article. MW a contribué à l'interprétation des données et aux révisions de l'article. NH a contribué à l'interprétation des données, ainsi qu'à la rédaction et à la révision de l'article. MMB a contribué à la conception des travaux, à l'interprétation des données et aux révisions de l'article.

Les auteurs assument la responsabilité du contenu de l'article et des points de vue qui y sont exprimés; ceux-ci ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Gouvernement du Canada. Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 19 mai 2021]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>
2. Dozois DJA. Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: a national survey. *Canadian Psychology*. 2020;62(1):136-142. <https://doi.org/10.1037/cap0000251>
3. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020. En ligne à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/ACSM-UBC-Vague-2-Resume-des-conclusions.pdf>
4. Gouvernement du Canada. Les risques de l'alcool pour la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2021 [modification le 22 avril 2021; consultation en mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/risques-sante.html>
5. Gouvernement du Canada. Le cannabis et votre santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2021 [modification le 11 mars 2021; consultation le 19 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/cannabis/effets-sante.html>

6. Gouvernement du Canada. Répercussions globales de la COVID-19 : regard sur l'évolution des méfaits liés à la consommation de substances durant la pandémie [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 19 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/covid-19-mefaits-lies-consommation-substances-infographie.html>
7. Recherche en santé mentale Canada (RSMC). La santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 : sondage 5 sur une série de 13. Toronto (Ont.) : RSMC; 2021. En ligne à : https://www.mhrc-rsmc.ca/s/MHRC-Poll-5-Report_FR-f47w.pdf
8. Czeisler ME, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24–30, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
9. MacMillan T, Corrigan MJ, Coffey K, Tronnier CD, Wang D, Krase K. Exploring factors associated with alcohol and/or substance use during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Addict.* 2021. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00482-y>
10. Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA), Nanos Research. COVID-19 and increased alcohol consumption: NANOS poll summary report. Ottawa (Ont.) : CCSA; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>
11. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et Commission de la santé mentale du Canada. Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : premier rapport sommaire. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-04/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_fr.pdf
12. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et la Commission de la santé mentale du Canada. Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : le genre et la taille du ménage. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2021. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-05/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_2_fr.pdf
13. Hango D, LaRoche-Côté S. Association entre la fréquence de consommation de cannabis et certains indicateurs sociaux [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2018001/article/54968-fra.htm>
14. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Alcool. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2019. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-10/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>
15. Statistique Canada. Consommation abusive d'alcool, 2018. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019. [no 82-625-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-625-x/2019001/article/00007-fra.pdf?st=78p8NnPd>
16. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Méfaits de l'alcool au Canada : hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2017. En ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/report-alcohol-hospitalizations-fr-web.pdf
17. Lowry DE, Corsi DJ. Trends and correlates of cannabis use in Canada: a repeated cross-sectional analysis of national surveys from 2004 to 2017. *CMAJ Open.* 2020;8(3):E487-E495. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190229>
18. Myran DT, Hsu AT, Smith G, Tanuseputro P. Rates of emergency department visits attributable to alcohol use in Ontario from 2003 to 2016: a retrospective population-level study. *CMAJ.* 2019;191(29):E804-E810. <https://doi.org/10.1503/cmaj.181575>
19. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2021 [modification le 29 janvier 2021; consultation en avril 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330#a2
20. World Health Organization (WHO). Gender and health [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2021 [consultation le 19 mai 2021]. En ligne à : www.who.int/health-topics/gender
21. Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing general anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006; 166(10):1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.01600.9606.x>
23. Peltier MR, Verplaetse TL, Mineur YS, et al. Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiol Stress.* 2019; 10:100149. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100149>
24. Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ Open.* 2021;11(1):e042871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>
25. Collins SE. Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Res.* 2016;38(1): 83-94.
26. Gouvernement du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada en 2015 : La consommation d'alcool au Canada. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2016. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/department-ministere/state-public-health-alcohol-2015-etat-sante-publique-alcool/alt/state-phac-alcohol-2015-etat-aspc-alcool-fra.pdf>

-
27. Charnock S, Heisz A, Kaddatz J, Spinks N, Mann R. Le bien-être des Canadiens au cours de la première année de la pandémie du COVID-19. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75f0002m/75f0002m2021003-fra.pdf?st=jae8vHaJ>
 28. Rotermann M. Regard rétrospectif en 2020, l'évolution de la consommation de cannabis et des comportements connexes au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada; 2021 [consultation en mai 2021]. En ligne à : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202100400001-fra>
 29. Wilson KM, Torok MR, Wei B, Wang L, Lowary M, Blount BC. Marijuana and tobacco coexposure in hospitalized children. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20180820. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0820>
 30. Posis A, Bellettiere J, Liles S, et al. Indoor cannabis smoke and children's health. *Prev Med Rep*. 2019; 14:100853. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100853>
 31. Hines L, Freeman T, Gage S, et al. Association of high-potency cannabis use with mental health and substance use in adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(10):1044-1051. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1035>

Recherche quantitative originale

Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne

Margot Shields (1); Lil Tonmyr, Ph. D. (1); Andrea Gonzalez, Ph. D. (2); Murray Weeks, Ph. D. (1); Su-Bin Park, M. Sc. (1); Anne-Marie Robert, M. Sc. (1); Dawn-Li Blair, M.P.H. (1); Harriet L. MacMillan, M.D. (2,3)

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

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

Résumé

Introduction. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, de nombreuses études à l'échelle mondiale ont fait état d'une détérioration de la santé mentale. Toutefois, la plupart de ces études sont de qualité faible ou moyenne, et bon nombre d'entre elles s'appuient sur des échantillons de commodité ou utilisent des mesures de la santé mentale à faible validité, voire les deux. Par conséquent, il est difficile d'en tirer des conclusions.

Méthodologie. L'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) de 2020 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (2015-2019) ont toutes les deux utilisé le Questionnaire en 9 points sur la santé du patient pour dépister le trouble dépressif majeur (TDM) chez les adultes de 18 ans et plus. On a comparé la prévalence du TDM dans l'ECSM et dans l'ESCC. Dans l'ECSM, on a étudié les facteurs de risque de TDM et les facteurs de protection par analyses bivariées à l'aide de régressions logistiques.

Résultats. Selon les données de l'ECSM, 15,2 % (IC à 95 % : 14,2 à 16,2 %) des Canadiens ont obtenu un résultat positif au dépistage du TDM. La prévalence du TDM était plus de deux fois plus élevée dans l'ECSM (durant la COVID-19) que dans l'ESCC (avant la COVID-19). Dans l'analyse bivariée, les Canadiens ayant déclaré avoir au moins cinq facteurs de risque liés à la COVID-19 étaient environ 30 fois plus susceptibles d'avoir un TDM que ceux ayant déclaré n'avoir aucun facteur de risque. Le sentiment de maîtrise et le sentiment d'appartenance à la communauté se sont révélés des facteurs de protection contre le TDM.

Conclusion. Après être demeurée stable pendant 20 ans, la prévalence de la dépression chez les Canadiens a considérablement augmenté depuis le début de la pandémie de COVID-19. Il est essentiel de surveiller de façon continue ce trouble courant qui est associé à une morbidité importante, afin de déterminer si les taux élevés de TDM vont persister pendant et après les différentes vagues de COVID-19.

Mots-clés : COVID-19, adaptation, coronavirus, dépression, violence familiale, sentiment de maîtrise, santé mentale, sentiment d'appartenance à la communauté

Points saillants

- Au cours de la deuxième vague de COVID-19 à l'automne 2020, la prévalence du trouble dépressif majeur (TDM), défini comme la proportion des répondants ayant un résultat positif au dépistage du TDM à l'aide du questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) chez les Canadiens de 18 ans et plus, était de 15 % (13 % chez les hommes et 18 % chez les femmes).
- D'après les données de huit provinces canadiennes, la prévalence du TDM à l'automne 2020 avait plus que doublé par rapport à la prévalence observée avant la pandémie de COVID (16 % contre 7 %).
- Une relation dose-réponse a été observée entre le TDM et les facteurs de risque liés à la COVID-19 susceptibles d'entraîner une mauvaise santé mentale. Il est à noter que plus le nombre de facteurs de risque liés à la COVID-19 augmente, plus la prévalence du TDM augmente : ainsi, la prévalence du TDM passe de 2 % chez les personnes ne déclarant aucun facteur de risque lié à la COVID-19 à 62 % chez les personnes déclarant avoir cinq facteurs de risque ou plus.

Suite des points saillants à la page suivante

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
3. Département de pédiatrie, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Lil Tonmyr, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; tél. : 613-240-6334; courriel : lil.tonmyr@phac-aspc.gc.ca

- Le sentiment de maîtrise, c'est-à-dire la mesure dans laquelle une personne a l'impression d'exercer un contrôle sur ses conditions de vie, est fortement associé au TDM. Les personnes ayant l'impression d'avoir peu de maîtrise sur leur vie étaient 17 fois plus susceptibles d'obtenir un résultat positif au dépistage du TDM que celles ayant un fort sentiment de maîtrise de leur vie.
- Par ailleurs, les personnes déclarant avoir un très faible sentiment d'appartenance à la communauté étaient 10 fois plus susceptibles d'obtenir un résultat positif au dépistage du TDM que celles ayant un très fort sentiment d'appartenance.

Introduction

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé déclarait officiellement que l'épidémie de COVID-19 était une pandémie¹. Depuis lors, des mesures de santé publique sans précédent ont été mises en œuvre pour contenir la propagation du virus. Au Canada, ces mesures ont inclus la fermeture des écoles et des garderies, des exigences en matière de distanciation physique, l'imposition d'un couvre-feu, des interdictions de voyager et la fermeture de nombreuses entreprises².

La COVID-19 et les mesures imposées pour réduire sa propagation ont constitué des facteurs de stress et ont eu divers effets négatifs pour les Canadiens, provoquant notamment de l'inquiétude pour leur santé personnelle et celle de leurs proches, des pertes d'emploi, une insécurité financière, des tensions familiales résultant du confinement ainsi que des sentiments de peur, de solitude et d'isolement^{3,4}. De plus, des changements négatifs ont été observés dans l'hygiène de vie, notamment une consommation accrue d'alcool et de cannabis⁴. Il ressort également de certains rapports que la violence familiale a augmenté^{4,5}. Ces changements négatifs sont préoccupants, car les recherches ont démontré que le fait de vivre des événements stressants est le facteur de risque le plus important de dépression⁶⁻¹³. De plus, il a été établi que la consommation problématique d'alcool¹⁴ et de cannabis¹⁵ est associée à la dépression.

Les données canadiennes recueillies depuis le milieu des années 1990 indiquent que la prévalence de la dépression est demeurée stable depuis 20 ans¹⁶. Or, depuis le début de la pandémie, des recherches menées au Canada et dans d'autres pays ont révélé une augmentation des effets psychologiques négatifs, et notamment de la dépression¹⁷⁻²⁴. Compte tenu de l'évaluation des populations cibles, de la taille des échantillons, des méthodes de sélection des échantillons et des instruments utilisés pour mesurer la santé mentale, on estime que la plupart de ces études sont de qualité faible ou moyenne : bon nombre d'entre elles s'appuient sur des échantillons de commodité ou utilisent des mesures de la santé mentale ayant une faible validité, de sorte qu'il est difficile d'en tirer des conclusions^{17,19-22,24}.

On sait que les facteurs psychosociaux et les ressources comme le sentiment de maîtrise (c'est-à-dire la mesure dans laquelle une personne a l'impression d'exercer un contrôle sur ses conditions de vie)²⁵, les stratégies d'adaptation et le sentiment d'appartenance à la communauté réduisent la probabilité qu'une personne présente des symptômes dépressifs^{8,26-30}. Cependant, il y a peu d'études qui portent sur les facteurs de protection contre la dépression pendant la pandémie. Cerner ces facteurs est essentiel pour mettre au point des programmes d'intervention visant à réduire les symptômes dépressifs alors même que les Canadiens doivent faire face à de multiples vagues de la COVID-19.

Dans cette étude, nous avons analysé la dépression associée à la COVID-19 à l'aide des données provenant de l'Enquête canadienne sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), une étude représentative à l'échelle nationale menée au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 à l'automne 2020, ainsi que de la composante annuelle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour la période 2015 à 2019 (soit avant le début de la pandémie de COVID-19). Dans les deux enquêtes, les symptômes de dépression ressentis au cours des deux semaines précédentes ont été mesurés à l'aide du questionnaire sur la santé du patient (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), un instrument à neuf questions utilisé comme outil de dépistage pour identifier les cas probables de trouble dépressif majeur (noté TDM dans la suite du texte par souci de commodité)³¹⁻³³.

Les questions de recherche étaient les suivantes :

1. La prévalence du TDM a-t-elle évolué entre la période précédant la COVID et la période de réalisation de l'ECSM (pendant la deuxième vague)? Cette évolution varie-t-elle en fonction des caractéristiques sociodémographiques?
2. Quelle était la prévalence des facteurs de risque liés à la COVID-19 et des facteurs de protection pendant la deuxième vague de la COVID-19? On entend par facteurs de risque liés à la COVID-19 les changements liés à la COVID-19 qui peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé mentale.
3. Durant la deuxième vague de la COVID-19, quels étaient les facteurs de risque (liés à la COVID-19 et sociodémographiques) et les facteurs de protection contre le TDM?

Grâce à sa nature sans précédent, la pandémie de COVID-19 offre une opportunité unique d'étudier la santé mentale des Canadiens lors d'une situation d'urgence de santé publique, afin d'en comprendre les conséquences sur la santé.

Méthodologie

Sources des données

Les données proviennent de l'ECSM-2020³⁴ et de la composante annuelle de l'ESCC pour 2015 à 2019³⁵.

L'ECSM a recueilli des données transversales du 11 septembre 2020 au 4 décembre 2020. La population cible était les personnes de 18 ans et plus vivant dans les dix provinces et les trois capitales territoriales. Les personnes vivant dans des réserves, en institution et à l'extérieur des capitales territoriales ont été exclues. Ces exclusions représentaient moins de 2 % de la population canadienne. Dans chaque province et chaque capitale territoriale, un échantillonnage aléatoire simple des logements a été réalisé à partir du Fichier de l'univers des logements (FUL, une liste d'adresses de logements fondée sur plusieurs fichiers de données administratives créés par Statistique Canada). Dans chaque logement occupé ayant été échantillonné, une personne de 18 ans et plus a été choisie au hasard pour participer à l'ECSM. Les répondants ont répondu au sondage en ligne ou par téléphone. Le taux de réponse a été de 53,3 %, soit

14 689 répondants au total. On a demandé aux répondants de l'ECSM s'ils acceptaient que les données qu'ils avaient fournies soient communiquées à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), et 12 344 personnes ont donné leur consentement. Cette étude est fondée sur les données du fichier partagé.

La population cible de l'ESCC est constituée des personnes de 18 ans et plus vivant dans les dix provinces ou les trois territoires³⁵. Les personnes vivant dans des réserves et d'autres établissements autochtones dans les provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes vivant en institution et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus. Ces exclusions représentaient moins de 3 % de la population canadienne. Dans l'ESCC, la base de sondage aréolaire de l'Enquête sur la population active a été utilisée pour réaliser l'échantillonnage de la population adulte. Les répondants ont répondu à l'ESCC par téléphone ou en personne à l'aide d'un questionnaire assisté par ordinateur.

Dans l'ESCC à composante annuelle, le module PHQ-9 est facultatif : chaque année, c'est la province ou le territoire qui décide d'en poser ou non les questions. Les dernières années pour lesquelles les questions du module sur la dépression de l'ESCC ont été posées sont 2019 en Ontario et au Manitoba, 2018 à l'Île-du-Prince-Édouard, 2016 à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan et 2015 en Colombie-Britannique. Les questions du module PHQ-9 n'ont été posées ni au Québec, ni en Alberta. Les territoires sont exclus des fichiers annuels de l'ESCC, car les données territoriales ne sont représentatives de la population qu'après deux ans de collecte.

Entre 2015 et 2019, le taux de réponse à l'ESCC a varié entre 54,4 % (en 2019) et 62,8 % (en 2017). Tout comme pour l'ECSM, on demande chaque année aux répondants de l'ESCC s'ils acceptent que les données qu'ils fournissent soient communiquées à l'ASPC et, tous les ans, plus de 90 % des répondants donnent leur consentement. Pour les huit provinces pour lesquelles des comparaisons avec l'ECSM ont été faites, la taille combinée de l'échantillon de l'ESCC pour les 18 ans et plus dans les fichiers partagés est de 31 920 personnes.

Mesures

Trouble dépressif majeur

Les deux enquêtes ont mesuré les symptômes de TDM à l'aide du PHQ-9³¹⁻³³. Même s'il ne s'agit pas d'un outil de diagnostic, un score de 10 ou plus au PHQ-9 est l'indice de symptômes dépressifs suffisamment graves et persistants pour justifier la nécessité d'une évaluation ou d'un traitement clinique supplémentaire³¹⁻³³. Le tableau 1 fournit des détails sur les questions et le calcul du score.

Covariables

Le TDM a été analysé en fonction de variables sociodémographiques, de facteurs de risque liés à la COVID-19 et de facteurs de protection.

Les variables sociodémographiques étaient le genre (femme, homme), le groupe d'âge (18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus), l'appartenance à un groupe dit « racialisé » (non-Blanc, Blanc), le fait d'être immigrant (oui, non [les « non-immigrants » comprennent les individus nés au Canada et ceux qui sont citoyens canadiens de naissance]), le milieu de résidence (urbain, rural), le niveau de scolarité (sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certificat/diplôme/grade d'études postsecondaires, certificat/diplôme/grade universitaire supérieur au baccalauréat), le revenu du ménage (réparti en quintiles) et le fait d'être un travailleur de première ligne (oui, non). Dans le questionnaire de l'ECSM, un travailleur de première ligne est défini comme « une personne susceptible d'être en contact direct avec la COVID-19 en aidant ceux qui ont reçu un diagnostic d'infection par le virus ». Les exemples fournis étaient : « policiers, pompiers, ambulanciers, personnel infirmier ou médecins ».

Neuf facteurs de risque liés à la COVID-19 ont été analysés : six événements ou préoccupations liés à la COVID-19, l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19 et des préoccupations en lien avec la violence familiale (tableau 1). Un score global de facteur de risque (de 0 à 9) a été calculé en additionnant le nombre de facteurs de risque associé à chaque répondant.

Les facteurs de protection analysés sont le sentiment d'appartenance à la communauté,

le sentiment de maîtrise et les stratégies d'adaptation (tableau 1).

Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été effectuées pour l'échantillon total et ont été stratifiées selon le genre. Il n'a pas été possible d'effectuer des analyses spécifiques pour les personnes ayant d'autres identités de genre car la taille de l'échantillon était insuffisante, mais ces personnes (n = 20) sont incluses dans les estimations totales.

Nous avons réalisé des estimations de la fréquence afin d'obtenir la prévalence du TDM dans l'ECSM et dans l'ESCC. La comparaison des estimations tirées des deux enquêtes est fondée sur les huit provinces pour lesquelles les données de l'ESCC sur la dépression étaient disponibles. Nous avons effectué des comparaisons globales (absolues et relatives) ainsi que des comparaisons en fonction des facteurs sociodémographiques. La comparaison en fonction du quintile de revenu du ménage repose sur trois provinces seulement, car le revenu total du ménage n'était pas disponible pour certaines années dans les fichiers de l'ESCC. Nous avons produit des estimations de prévalence du TDM avec des intervalles de confiance (IC) à 95 % pour l'ECSM et pour l'ESCC, ainsi que des différences absolues et relatives de prévalence entre les deux enquêtes et les IC à 95 % liés à ces différences.

Pour établir les comparaisons entre l'ECSM et l'ESCC, nous avons utilisé les données de l'ESCC pour les années 2015 à 2019, en supposant implicitement que la prévalence du TDM était stable au cours de ces années. Bien que les données canadiennes recueillies depuis le milieu des années 1990 indiquent une prévalence de la dépression stable depuis 20 ans¹⁶, la dernière année faisant état de cette tendance est antérieure à 2015. Une analyse de sensibilité a donc été effectuée pour déterminer la validité de l'hypothèse selon laquelle la prévalence du TDM est demeurée stable entre 2015 et 2019. Dans le cas de l'Ontario et du Manitoba, comme trois points de données étaient disponibles pour ces années, nous avons comparé les estimations de prévalence du TDM pour déterminer si elles étaient stables.

Toutes les autres analyses ont été fondées uniquement sur les données de l'ECSM. Une analyse bivariée a été utilisée pour

TABEAU 1
Mesures de la dépression, des facteurs de risque liés à la COVID-19 et des facteurs de protection

Variable	Mesure
Dépression	Pour mesurer la dépression et identifier les cas probables de trouble dépressif majeur, les répondants de l'ECSM et de l'ESCC ont été invités à répondre aux questions suivantes, qui sont tirées du Questionnaire sur la santé du patient (Patient Health Questionnaire-9 PHQ-9)³¹⁻³³ : Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants? 1. Eu peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses 2. Senti triste, déprimé ou désespéré 3. Eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi, ou trop dormi 4. Senti fatigué ou eu peu d'énergie 5. Eu peu d'appétit ou trop mangé 6. Eu une mauvaise perception de vous-même, ou avez-vous pensé que vous étiez un perdant ou que vous n'aviez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille 7. Eu des difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision 8. Bougé ou parlé si lentement que les autres ont pu le remarquer? Ou au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude 9. Pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre Les catégories de réponse étaient : Pas du tout; Plusieurs jours; Plus de la moitié des jours; Presque tous les jours. Un score a été attribué à chaque réponse, allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Un score global a été ensuite calculé en additionnant les scores des 9 questions. Un score-seuil de 10 indique un cas probable de TDM³¹⁻³³. Le QSP-9 est également une mesure fiable et valide de la gravité de la dépression³¹.
Facteurs de risque liés à la COVID-19	Neuf facteurs de risque liés à la COVID-19 ont été analysés dans l'étude. Six facteurs de risque provenaient de la liste suivante. Les répondants devaient sélectionner toutes les réponses appropriées. Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19? • Perte d'emploi ou de revenu • Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels • Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue • Sentiments de solitude ou d'isolement • Problèmes de santé physique • Difficultés dans les relations personnelles avec les membres de votre ménage Les trois autres facteurs de risque (consommation accrue d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19, et préoccupations concernant la violence familiale) ont été établis à partir des questions suivantes : En moyenne, au cours de la pandémie de COVID-19, comment votre consommation d'alcool a-t-elle changé comparativement à avant la pandémie? • Augmentation • Diminution • Aucun changement En moyenne, au cours de la pandémie de COVID-19, comment votre consommation de cannabis a-t-elle changé comparativement à avant la pandémie? • Augmentation • Diminution • Aucun changement Les questions suivantes concernent le grave problème de la violence au sein du ménage. Vos réponses sont importantes que vous ayez ou non vécu l'une de ces expériences. N'oubliez pas que tous les renseignements fournis sont strictement confidentiels. Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par la violence familiale dans votre ménage? • Pas du tout • Quelque peu • Beaucoup • Énormément Les trois facteurs de risque ont ensuite été dichotomisés : consommation accrue (oui/non) d'alcool et de cannabis, et préoccupations concernant la violence dans votre ménage, soit « Oui » (réponses = « Quelque peu », « Beaucoup » ou « Énormément ») soit « Non » (réponse = « Pas du tout »).

Suite à la page suivante

TABEAU 1 (suite)
Mesures de la dépression, des facteurs de risque liés à la COVID-19 et des facteurs de protection

Variable	Mesure
Facteurs de protection	Sentiment d'appartenance à la communauté La questions suivante a été utilisée pour mesurer le sentiment d'appartenance à la communauté : Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? • Très fort • Plutôt fort • Plutôt faible • Très faible Maîtrise Le sentiment de maîtrise est une ressource psychologique qui indique la mesure dans laquelle une personne a l'impression d'exercer un contrôle sur ses conditions de vie en fonction des expériences (bonnes et mauvaises) vécues par une personne tout au long de sa vie²⁹. Dans l'ECSM, ce sentiment a été mesuré auprès des répondants à l'aide de l'échelle élaborée par Pearlin et Schooler 1978, laquelle comprend 7 questions²⁵ : 1. Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive 2. Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes 3. Vous ne pouvez pas faire grand chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie 4. Vous vous sentez souvent impuissant face aux problèmes de la vie 5. Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie 6. Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même 7. Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire Les catégories de réponse étaient : Tout à fait d'accord; D'accord; Ni en accord ni en désaccord; En désaccord; Entièrement en désaccord. Un score a été attribué à chaque réponse, allant de 0 (Tout à fait d'accord) à 4 (Entièrement en désaccord). Un score global a été ensuite calculé en additionnant les scores des 7 questions. Le score a été inversé pour les questions 6 et 7. Stratégies d'adaptation L'ECSM a évalué les stratégies d'adaptation en demandant aux répondants : Faites-vous actuellement certaines des activités suivantes pour rester en santé? • Communiquer avec des amis et des proches • Méditer • Prier ou chercher des conseils spirituels • Faire de l'exercice à l'extérieur • Changer les choix alimentaires • Faire de l'exercice à l'intérieur • Participer à des loisirs • Changer les habitudes de sommeil Les catégories de réponse étaient : Oui, pour ma santé mentale; Oui, pour ma santé physique; Oui, pour ma santé mentale et physique; et Non. Les réponses ont ensuite été dichotomisées comme suit : Oui, pour ma santé mentale et/ou physique; Non. Les réponses concernant l'exercice à l'extérieur et à l'intérieur ont été combinées en une seule variable.

Remarque : Les questions du tableau sont indiquées telles qu'elles apparaissent dans l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de Statistique Canada³⁴, cycle 1, accessible à l'adresse https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instnr_f.pl?Function=assembleInstnr&Item_Id=1286126&TET=1.

comparer les facteurs de risque et de protection chez les hommes et les femmes.

Les associations entre les facteurs de risque liés à la COVID-19, les facteurs de protection et les facteurs sociodémographiques liés au TDM ont été analysées en s'appuyant sur des tableaux croisés et des modèles de régression logistique, tout en contrôlant pour les trois groupes de facteurs.

Toutes les analyses sont fondées sur des données pondérées. Les poids créés par Statistique Canada ont permis de garantir que les données des fichiers partagés étaient représentatives de la population. Ces poids intègrent notamment un ajustement pour absence de réponse. Pour tenir compte des effets liés à la conception des enquêtes ECSM et ESCC, les erreurs-types, les coefficients de variation et les IC à 95 % ont été estimés à l'aide de la

méthode *bootstrap*³⁶. La signification statistique ($p < 0,05$) des différences entre les estimations a été calculée en utilisant des tests du chi carré. Pour les comparaisons multiples, les données ont été ajustées à l'aide de la méthode de Bonferroni lors de l'analyse des différences entre les provinces et les territoires. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version

7.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Évolution de la prévalence au fil du temps (question de recherche 1)

Le tableau 2 montre la prévalence des résultats positifs au dépistage du TDM pour tous les Canadiens d'après les données de l'ECSM, et compare les estimations de l'ECSM et de l'ESCC à partir des données de huit provinces. À l'automne 2020, selon les données de l'ECSM, 15,2 % des Canadiens avaient un résultat positif au dépistage du TDM (tableau 2). La prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (17,5 % contre 12,6 %).

D'après des données comparables dans les huit provinces fournies par l'ESCC (de 2015 à 2019), la prévalence du TDM dans l'ECSM était de 9,6 points de pourcentage plus élevée que dans l'ESCC (16,3 % contre 6,7 %). Une augmentation significative de la prévalence du TDM entre l'ESCC et l'ECSM a été observée pour toutes les variables sociodémographiques, sauf pour les hommes de 65 ans et plus et les hommes sans diplôme d'études secondaires, pour lesquels les changements n'étaient pas statistiquement significatifs.

Les augmentations de la prévalence du TDM étaient similaires au sein des différents sous-groupes sociodémographiques, sauf pour les exceptions suivantes. L'évolution de la prévalence du TDM était variable selon le groupe d'âge : la plus forte augmentation du TDM a été observée chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans, avec une hausse de 17,4 points de pourcentage (soit de 11,2 % à 28,5 %), tandis que la plus faible augmentation a été constatée chez les personnes de 65 ans ou plus, pour qui la hausse n'a été que de 4,1 points de pourcentage (soit de 3,2 % à 7,3 %). On a également noté une augmentation plus importante chez les femmes vivant en milieu urbain par rapport à celles vivant en milieu rural. Une hausse plus faible a par ailleurs été constatée chez les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador.

Nous avons ensuite examiné les variations relatives de prévalence du TDM entre l'ECSM et l'ESCC. Globalement, la prévalence du TDM était 2,4 fois plus élevée dans l'ECSM que dans l'ESCC. Même si les variations absolues différaient chez les

jeunes adultes de 18 à 24 ans et les chez personnes âgées, les augmentations relatives de la prévalence du TDM étaient similaires (respectivement 2,6 fois plus élevées et 2,3 fois plus élevées). La hausse relative s'est révélée plus importante chez les immigrants (3,3 fois plus élevée) que chez les non-immigrants (2,2 fois plus élevée).

Dans le cadre de notre analyse de sensibilité de l'ESCC visant à évaluer la validité de l'hypothèse selon laquelle la prévalence du TDM était stable entre 2015 et 2019, nous avons constaté que, dans les provinces de l'Ontario et du Manitoba, la prévalence était de 6,2 % en 2015, de 7,2 % en 2016 et de 6,8 % en 2019, ce qui indique des taux stables au cours de ces années. On a ensuite observé une hausse du taux de prévalence à 16,5 % dans l'ECSM de 2020.

Prévalence des facteurs de risque liés à la COVID-19 et des facteurs de protection (question de recherche 2)

Selon les données de l'ECSM, parmi les neuf facteurs de risque liés à la COVID-19 pris en compte dans l'analyse (tableau 3), quatre facteurs étaient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes : perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue (7,7 % contre 5,0 %); sentiments de solitude ou d'isolement (44,4 % contre 33,2 %); problèmes de santé physique (28,7 % contre 19,8 %); difficultés dans les relations personnelles avec les membres du ménage (20,0 % contre 16,1 %). Les hommes étaient plus nombreux à déclarer une perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie de COVID-19 (26,6 % contre 24,0 %). Chez les personnes ayant augmenté leur consommation d'alcool, on constate que, les jours où les hommes ont consommé de l'alcool, ils buvaient en moyenne six boissons alcoolisées par jour, tandis que les femmes en buvaient quatre. Chez les personnes ayant augmenté leur consommation de cannabis, 43 % des hommes et 44 % des femmes ont déclaré en consommer cinq jours ou plus par semaine.

Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir mis en place plusieurs stratégies d'adaptation. Le score moyen lié au sentiment de maîtrise était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (18,5 contre 17,8). Les estimations du sentiment d'appartenance à la

communauté étaient semblables chez les hommes et les femmes.

Associations entre les facteurs de risque et de protection et le TDM (question de recherche 3)

Dans le cadre de l'ECSM, les neuf facteurs de risque liés à la COVID-19 ont été associés individuellement au TDM à la fois chez les hommes et chez les femmes (tableau 4). Une relation dose-réponse est apparue évidente : chaque augmentation dans le nombre de facteurs de risque était associée à une hausse significative de la prévalence du TDM. La prévalence du TDM était supérieure à 60 % chez les personnes ayant déclaré cinq facteurs de risque ou plus, alors que chez les personnes n'ayant aucun facteur de risque, elle était de 2,2 %.

Les personnes ayant déclaré faire de l'activité physique et participer à des loisirs pour prendre soin de leur santé étaient moins susceptibles de souffrir de TDM. En revanche, le fait de méditer, de modifier ses choix alimentaires et de changer ses habitudes de sommeil dans le but de s'adapter à la situation était associé à un risque accru de TDM. Le sentiment de maîtrise et le sentiment d'appartenance à la communauté étaient de solides facteurs de protection. Les personnes se trouvant dans le quartile de maîtrise le plus faible étaient 17 fois plus susceptibles d'avoir un TDM que celles se trouvant dans le quartile le plus élevé. Les personnes ayant déclaré avoir un très faible sentiment d'appartenance à la communauté étaient 10 fois plus susceptibles d'avoir un TDM que celles ayant déclaré avoir un très fort sentiment d'appartenance.

La prévalence du TDM était inversement proportionnelle à l'âge, avec un sommet de 27,8 % chez les 18 à 24 ans et un creux de 6,8 % chez les 65 ans et plus. Les femmes non immigrantes présentaient un risque plus élevé d'être atteintes d'un TDM que les immigrantes (18,6 % contre 14,2 %), tout comme les femmes vivant en milieu urbain par rapport à celles vivant en milieu rural (18,7 % contre 12,2 %). Chez les hommes, le fait d'avoir un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires était associé à un risque plus faible de TDM. Le constat était le même dans le cas des hommes et des femmes ayant un certificat, un diplôme ou un grade universitaire supérieur au baccalauréat. Les femmes ayant

TABLEAU 2																								
Prévalence des résultats positifs au dépistage du TDM, en fonction du genre et des caractéristiques sociodémographiques, dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020 et 2015 à 2019																								
Variable	Total								Hommes								Femmes							
	ECSM		ESCC		Variation du risque en valeur absolue ECSM moins ESCC ^a		Risque relatif ECSM/ESCC		ECSM		ESCC		Variation du risque en valeur absolue ECSM moins ESCC ^a		Risque relatif ECSM/ESCC		ECSM		ESCC		Variation du risque en valeur absolue ECSM moins ESCC ^a		Risque relatif ECSM/ESCC	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Population totale de 18 ans et plus	15,2	(14,2 à 16,2)	s.o.		s.o.				12,6	(11,2 à 14,0)	s.o.		s.o.				17,5	(16,0 à 19,0)	s.o.		s.o.			
Estimations fondées sur 8 provinces ^b																								
Total 18 ans et +	16,3	(14,9 à 17,6)	6,7*	(6,2 à 7,2)	9,58	(8,2 à 11,0)	2,4	(2,2 à 2,7)	13,9	(12,0 à 15,8)	5,8*	(5,1 à 6,5)	8,1	(6,1 à 10,1)	2,4	(2,0 à 2,9)	18,5	(16,5 à 20,4)	7,5*	(6,8 à 8,2)	11,0	(8,9 à 13,0)	2,5	(2,2 à 2,8)
Estimations selon les variables sociodémographiques (fondées sur 8 provinces ^b)																								
Groupe d'âge (en années; référence : autres groupes d'âge combinés)																								
18 à 24	28,5	(21,9 à 35,2)	11,2*	(9,1 à 13,2)	17,4 ^c	(10,3 à 24,5)	2,6	(1,9 à 3,5)	23,9	(15,6 à 32,3)	9,5*	(6,7 à 12,3)	14,4	(5,5 à 23,3)	2,5	(1,5 à 4,1)	35,2	(24,4 à 45,9)	12,6*	(9,7 à 15,6)	22,5	(11,4 à 33,7)	2,8	(1,9 à 4,1)
25 à 34	22,4	(18,5 à 26,3)	8,1*	(6,7 à 9,5)	14,3	(10,1 à 18,5)	2,8	(2,1 à 3,6)	18,7	(13,1 à 24,2)	7,7*	(5,3 à 10,1)	11,0	(5,0 à 17,0)	2,4	(1,5 à 3,9)	25,1	(19,6 à 30,6)	8,4*	(6,8 à 10,1)	16,6	(11,0 à 22,3)	3,0	(2,2 à 3,9)
35 à 49	15,7	(13,2 à 18,1)	6,6*	(5,7 à 7,4)	9,1	(6,6 à 11,7)	2,4	(2,0 à 2,9)	12,4	(9,4 à 15,4)	5,5*	(4,4 à 6,7)	6,9	(3,7 à 10,1)	2,2	(1,6 à 3,1)	18,9	(15,1 à 22,7)	7,6*	(6,3 à 8,8)	11,3	(7,3 à 15,3)	2,5	(1,9 à 3,3)
50 à 64	15,2	(13,0 à 17,4)	6,4*	(5,5 à 7,3)	8,8	(6,5 à 11,1)	2,4	(1,9 à 2,9)	14,7	(11,5 à 18,0)	5,1*	(3,9 à 6,3)	9,7	(6,3 à 13,1)	2,9	(2,1 à 4,0)	15,7	(12,7 à 18,8)	7,7*	(6,4 à 9,1)	8,0	(4,7 à 11,3)	2,0	(1,6 à 2,6)
65 ou plus	7,3	(5,8 à 8,8)	3,2*	(2,7 à 3,7)	4,1 ^c	(2,5 à 5,7)	2,3	(1,8 à 3,0)	4,8	(2,9 à 6,7)	2,8	(2,1 à 3,5)	2,0 ^c	(0,0 à 4,1)	1,7	(1,1 à 2,8)	9,5	(7,1 à 11,8)	3,5*	(2,9 à 4,2)	5,9 ^c	(3,5 à 8,4)	2,7	(2,0 à 3,7)
Membre d'un groupe « racialisé »																								
Oui (non blanc)	16,7	(13,9 à 19,5)	6,7*	(5,5 à 7,8)	10,0	(7,0 à 13,1)	2,5	(2,0 à 3,2)	14,7	(11,1 à 18,3)	5,5*	(3,8 à 7,1)	9,2	(5,3 à 13,2)	2,7	(1,8 à 4,1)	18,5	(14,3 à 22,8)	7,8*	(6,2 à 9,4)	10,7	(6,2 à 15,3)	2,4	(1,7 à 3,2)
Non (blanc; référence)	16,2	(14,7 à 17,8)	6,7*	(6,2 à 7,2)	9,6	(7,9 à 11,2)	2,4	(2,2 à 2,7)	13,7	(11,5 à 15,9)	5,9*	(5,2 à 6,7)	7,7	(5,4 à 10,0)	2,3	(1,9 à 2,8)	18,6	(16,5 à 20,7)	7,3*	(6,6 à 8,0)	11,2	(9,1 à 13,4)	2,5	(2,2 à 2,9)
Immigrant																								
Oui	12,6	(10,2 à 15,0)	3,8*	(3,1 à 4,6)	8,8	(6,3 à 11,3)	3,3 ^c	(2,5 à 4,3)	11,6	(8,5 à 14,6)	3,3*	(2,4 à 4,2)	8,3	(5,1 à 11,5)	3,5	(2,4 à 5,2)	13,7	(9,8 à 17,5)	4,4*	(3,1 à 5,6)	9,3	(5,3 à 13,4)	3,1	(2,1 à 4,7)
Non (référence)	17,9	(16,4 à 19,5)	8,0*	(7,4 à 8,6)	9,9	(8,2 à 11,6)	2,2	(2,0 à 2,5)	15,2	(12,9 à 17,5)	7,0*	(6,0 à 7,9)	8,2	(5,7 à 10,7)	2,2	(1,8 à 2,7)	20,3	(18,1 à 22,5)	8,9*	(8,1 à 9,7)	11,4	(9,1 à 13,7)	2,3	(2,0 à 2,6)
Milieu de résidence																								
Urbain	17,1	(15,5 à 18,6)	6,9*	(6,3 à 7,4)	10,2	(8,6 à 11,9)	2,5	(2,2 à 2,8)	14,3	(12,2 à 16,4)	6,1*	(5,2 à 6,9)	8,2	(6,0 à 10,5)	2,4	(1,9 à 2,9)	19,7	(17,4 à 22,0)	7,6*	(6,8 à 8,3)	12,1 ^c	(9,8 à 14,5)	2,6	(2,2 à 3,0)
Rural (référence)	13,1	(10,8 à 15,4)	5,9*	(5,1 à 6,6)	7,2	(4,8 à 9,6)	2,2	(1,8 à 2,8)	12,4	(8,7 à 16,0)	4,5*	(3,5 à 5,5)	7,9	(4,1 à 11,6)	2,7	(1,9 à 4,0)	13,7	(10,7 à 16,8)	7,2*	(6,1 à 8,3)	6,5	(3,3 à 9,7)	1,9	(1,5 à 2,5)
Parent d'un enfant de moins de 18 ans																								
Oui	15,9	(13,6 à 18,3)	5,5*	(4,7 à 6,4)	10,4	(7,9 à 12,9)	2,9	(2,3 à 3,6)	12,9	(9,6 à 16,1)	3,9*	(2,7 à 5,2)	8,9	(5,5 à 12,4)	3,3	(2,1 à 5,1)	18,8	(15,2 à 22,5)	6,9*	(5,7 à 8,1)	11,9	(8,1 à 15,7)	2,7	(2,1 à 3,5)
Non (référence)	16,4	(14,8 à 18,0)	7,0*	(6,5 à 7,6)	9,4	(7,6 à 11,1)	2,3	(2,0 à 2,6)	14,3	(12,0 à 16,6)	6,3*	(5,5 à 7,2)	8,0	(5,5 à 10,4)	2,3	(1,8 à 2,8)	18,3	(16,1 à 20,5)	7,7*	(6,9 à 8,5)	10,6	(8,3 à 13,0)	2,4	(2,0 à 2,8)
Plus haut niveau d'études atteint (référence : autres niveaux d'études combinés)																								
Sans diplôme d'études secondaires	15,2	(9,8 à 20,7)	9,8	(8,1 à 11,6)	5,4	(–0,2 à 11,0)	1,5	(1,1 à 2,3)	7,7	(3,3 à 12,2)	8,3	(6,0 à 10,5)	–0,5 ^c	(–5,4 à 4,4)	0,9 ^c	(0,5 à 1,8)	22,9	(13,7 à 32,0)	11,3*	(8,7 à 14,0)	11,5	(2,1 à 21,0)	2,0	(1,3 à 3,2)
Diplôme d'études secondaires	18,8	(15,6 à 22,0)	8,5*	(7,4 à 9,7)	10,3	(6,9 à 13,7)	2,2	(1,8 à 2,7)	17,6	(13,1 à 22,1)	7,1*	(5,7 à 8,6)	10,4	(5,6 à 15,2)	2,5	(1,7 à 3,5)	20,0	(15,5 à 24,4)	9,9*	(8,2 à 11,6)	10,1	(5,3 à 14,8)	2,0	(1,5 à 2,7)
Certificat à diplôme ou grade postsecondaire	16,7	(15,0 à 18,4)	6,0*	(5,4 à 6,7)	10,7	(8,8 à 12,5)	2,8	(2,4 à 3,2)	14,3	(11,8 à 16,7)	5,4*	(4,3 à 6,4)	8,9	(6,3 à 11,5)	2,7	(2,0 à 3,5)	18,9	(16,5 à 21,4)	6,6*	(5,7 à 7,4)	12,4	(9,8 à 15,0)	2,9	(2,4 à 3,4)
Certificat à diplôme ou grade universitaire supérieur au baccalauréat	11,1	(8,4 à 13,8)	3,0*	(2,1 à 3,8)	8,1	(5,4 à 10,9)	3,7	(2,5 à 5,6)	8,9	(5,1 à 12,7)	2,7*	(1,4 à 4,1)	6,1	(2,1 à 10,2)	3,2	(1,5 à 7,0)	12,7	(9,1 à 16,3)	3,2*	(2,1 à 4,3)	9,5	(5,7 à 13,2)	4,0	(2,5 à 6,3)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Prévalence des résultats positifs au dépistage du TDM, en fonction du genre et des caractéristiques sociodémographiques, dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020 et 2015 à 2019

Variable	Total						Hommes								Femmes									
	ECSM		ESCC		Variation du risque en valeur absolue ECSM moins ESCC ^a		Risque relatif ECSM/ESCC		ECSM		ESCC		Variation du risque en valeur absolue ECSM moins ESCC ^a		Risque relatif ECSM/ESCC		ECSM		ESCC		Variation du risque en valeur absolue ECSM moins ESCC ^a		Risque relatif ECSM/ESCC	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Quintile de revenu du ménage (fondé sur 3 provinces; ^d référence : autres groupes de revenu combinés)																								
1 (le plus faible)	19,3	(15,4 à 23,2)	11,1*	(9,4 à 12,8)	8,2	(4,0 à 12,3)	1,7	(1,4 à 2,2)	16,0	(10,6 à 21,4)	9,5*	(7,3 à 11,8)	6,4	(0,5 à 12,3)	1,7	(1,1 à 2,5)	22,8	(16,9 à 28,6)	12,2*	(9,8 à 14,6)	10,6	(4,4 à 16,7)	1,9	(1,4 à 2,5)
2	18,6	(14,1 à 23,1)	6,5*	(5,2 à 7,7)	12,2	(7,5 à 16,8)	2,9	(2,1 à 3,9)	15,4	(8,7 à 22,0)	6,9*	(4,8 à 8,9)	8,5	(1,4 à 15,5)	2,2	(1,3 à 3,9)	20,7	(14,7 à 26,6)	6,0*	(4,5 à 7,5)	14,7	(8,5 à 20,8)	3,4	(2,3 à 5,1)
3	17,7	(13,4 à 22,1)	6,3*	(5,0 à 7,6)	11,4	(6,8 à 16,1)	2,8	(2,0 à 3,9)	15,8	(9,9 à 21,8)	5,2*	(3,6 à 6,9)	10,6	(4,5 à 16,7)	3,0	(1,8 à 5,0)	19,6	(13,1 à 26,1)	7,2*	(5,2 à 9,2)	12,4	(5,5 à 19,2)	2,7	(1,7 à 4,3)
4	16,2	(11,5 à 21,0)	6,6*	(4,9 à 8,3)	9,7	(4,6 à 14,7)	2,5	(1,6 à 3,8)	11,9	(5,6 à 18,2)	6,3*	(3,4 à 9,2)	5,6	(−1,2 à 12,4)	1,9	(0,8 à 4,5)	21,3	(14,6 à 28,1)	6,9*	(5,0 à 8,8)	14,4	(7,4 à 21,5)	3,1	(2,0 à 4,8)
5 (le plus élevé)	11,1	(7,6 à 14,7)	4,3*	(3,2 à 5,5)	6,8	(3,1 à 10,5)	2,6	(1,7 à 4,0)	11,2	(6,4 à 16,0)	4,3*	(2,6 à 6,1)	6,9	(1,8 à 12,0)	2,6	(1,3 à 5,3)	11,1	(5,8 à 16,4)	4,3*	(2,9 à 5,7)	6,8	(1,3 à 12,3)	2,6	(1,4 à 4,7)
Province (référence : autres provinces combinées)																								
Terre-Neuve-et-Labrador	11,5	(9,0 à 14,0)	6,1*	(4,5 à 7,7)	5,4 ^c	(2,4 à 8,4)	1,9	(1,3 à 2,7)	8,6	(5,2 à 12,0)	4,4*	(2,2 à 6,6)	4,1	(0,0 à 8,2)	1,9	(1,0 à 3,7)	14,1	(10,4 à 17,8)	7,7*	(5,0 à 10,5)	6,4	(1,8 à 11,0)	1,8	(1,1 à 3,0)
Île-du-Prince-Édouard	14,1	(11,1 à 17,1)	5,8*	(3,8 à 7,8)	8,3	(4,8 à 11,9)	2,4	(1,7 à 3,6)	12,6	(7,9 à 17,3)	3,7*	(1,1 à 6,3)	8,9	(3,6 à 14,2)	3,4	(1,1 à 10,9)	15,5	(11,6 à 19,4)	7,7*	(4,8 à 10,6)	7,8	(2,9 à 12,7)	2,0	(1,3 à 3,1)
Nouvelle-Écosse	16,5	(13,2 à 19,9)	9,1*	(7,2 à 11,0)	7,4	(3,6 à 11,2)	1,8	(1,3 à 2,5)	12,9	(7,5 à 18,3)	5,9*	(3,9 à 7,9)	7,0	(1,2 à 12,7)	2,2	(1,2 à 3,9)	20,0	(16,1 à 23,8)	12,1*	(9,1 à 15,0)	7,9	(3,1 à 12,7)	1,7	(1,2 à 2,3)
Nouveau-Brunswick	17,4	(14,1 à 20,6)	6,4*	(4,8 à 8,0)	11,0	(7,4 à 14,6)	2,7	(2,0 à 3,8)	17,8	(12,6 à 23,0)	5,0*	(3,0 à 7,0)	12,8	(7,3 à 18,4)	3,6	(2,0 à 6,3)	17,0	(13,1 à 20,8)	7,6*	(5,2 à 10,1)	9,3	(4,8 à 13,9)	2,2	(1,5 à 3,4)
Ontario	15,9	(13,9 à 17,8)	6,8*	(6,0 à 7,5)	9,1	(7,1 à 11,2)	2,4	(2,0 à 2,8)	12,7	(10,1 à 15,4)	6,3*	(5,3 à 7,4)	6,4	(3,6 à 9,2)	2,0	(1,5 à 2,6)	18,9	(16,0 à 21,8)	7,1*	(6,2 à 8,1)	11,8	(8,8 à 14,7)	2,6	(2,2 à 3,2)
Manitoba	20,1	(17,0 à 23,3)	7,9*	(6,0 à 9,7)	12,2	(8,6 à 15,9)	2,6	(1,9 à 3,4)	17,1	(12,6 à 21,7)	5,7*	(3,5 à 7,8)	11,5	(6,4 à 16,5)	3,0	(1,8 à 5,0)	21,9	(17,3 à 26,4)	9,7*	(6,8 à 12,6)	12,1	(6,8 à 17,5)	2,2	(1,5 à 3,3)
Saskatchewan	14,4	(11,5 à 17,3)	5,8*	(4,4 à 7,3)	8,6	(5,4 à 11,8)	2,5	(1,8 à 3,4)	13,1	(8,3 à 17,9)	4,2*	(2,4 à 6,0)	8,9	(3,8 à 14,1)	3,1	(1,8 à 5,6)	15,5	(12,1 à 18,9)	7,5*	(5,0 à 9,9)	8,0	(3,9 à 12,2)	2,1	(1,4 à 3,0)
Colombie-Britannique	17,2	(14,4 à 20,0)	6,0*	(5,1 à 6,9)	11,2	(8,3 à 14,2)	2,9	(2,3 à 3,6)	16,9	(12,7 à 21,1)	4,9*	(3,7 à 6,2)	12,0	(7,7 à 16,3)	3,4	(2,4 à 5,0)	17,4	(13,8 à 21,0)	7,0*	(5,6 à 8,4)	10,4	(6,5 à 14,2)	2,5	(1,9 à 3,3)

Sources des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2019.

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; TDM, trouble dépressif majeur; S.O., sans objet.

Remarque : Les données ont été ajustées aux fins de comparaisons multiples à l'aide de la méthode de Bonferroni lors de la comparaison des estimations des provinces.

^a Estimation pour l'ECSM (durant la 2^e vague de la COVID-19) moins l'estimation pour l'ESCC (avant la pandémie).

^b La comparaison entre l'ECSM et l'ESCC est fondée sur 8 provinces. Les données de l'ESCC ont été recueillies en 2019 pour l'Ontario et le Manitoba; en 2018 pour l'Île-du-Prince-Édouard; en 2016 pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et Saskatchewan et en 2015 pour la Colombie-Britannique.

^c Écart significatif avec la valeur de référence ($p < 0,05$).

^d La comparaison entre l'ECSM et l'ESCC pour les quintiles de revenu des ménages est fondée sur l'Ontario, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard.

* Écart significatif avec la valeur de l'ECSM ($p < 0,05$).

TABEAU 3
Prévalence des facteurs de risque de TDM liés à la COVID-19 et facteurs de protection et ressources,
en fonction du genre, population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020

Variable	Total		Hommes		Femmes	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Facteurs de risque liés à la COVID-19						
Perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie de COVID-19	25,3	(24,1 à 26,5)	26,6	(24,8 à 28,4)	24,0*	(22,3 à 25,6)
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels en raison de la pandémie de COVID-19	15,6	(14,6 à 16,6)	16,1	(14,6 à 17,6)	15,0	(13,7 à 16,4)
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue en raison de la pandémie de COVID-19	6,4	(5,7 à 7,0)	5,0	(4,1 à 5,9)	7,7*	(6,7 à 8,6)
Sentiments de solitude ou d'isolement en raison de la pandémie de COVID-19	39,0	(37,7 à 40,3)	33,2	(31,3 à 35,1)	44,4*	(42,6 à 46,2)
Problèmes de santé physique en raison de la pandémie de COVID-19	24,5	(23,3 à 25,6)	19,8	(18,1 à 21,4)	28,7*	(27,1 à 30,4)
Difficultés dans les relations personnelles avec les membres de votre ménage en raison de la pandémie de COVID-19	18,2	(17,2 à 19,2)	16,1	(14,6 à 17,6)	20,0*	(18,5 à 21,4)
Consommation accrue d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19	15,7	(14,7 à 16,7)	15,2	(13,8 à 16,6)	16,2	(14,9 à 17,5)
Consommation accrue de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19	5,4	(4,8 à 6,1)	5,8	(4,8 à 6,8)	4,9	(4,1 à 5,8)
Préoccupations concernant la violence familiale dans votre ménage	4,2	(3,6 à 4,8)	4,5	(3,6 à 5,5)	3,9	(3,2 à 4,7)
Nombre de facteurs de risque						
0	32,3	(31,1 à 33,6)	35,8	(34,0 à 37,7)	29,0*	(27,4 à 30,7)
1	25,5	(24,3 à 26,6)	25,2	(23,5 à 27,0)	25,8	(24,2 à 27,3)
2	18,1	(17,0 à 19,1)	17,7	(16,1 à 19,3)	18,5	(17,0 à 20,0)
3	11,8	(10,9 à 12,7)	10,4	(9,1 à 11,7)	13,0*	(11,7 à 14,3)
4	7,0	(6,3 à 7,7)	5,9	(4,8 à 6,9)	8,0*	(7,0 à 9,1)
5 ou plus	5,4	(4,7 à 6,0)	5,0	(4,0 à 5,9)	5,6	(4,7 à 6,5)
Facteurs de protection						
Stratégies d'adaptation						
Communiquer avec des amis et des proches	87,0	(86,0 à 87,9)	82,8	(81,2 à 84,4)	91,0*	(90,0 à 92,1)
Méditer	22,2	(21,1 à 23,3)	18,6	(17,0 à 20,2)	25,5*	(23,9 à 27,1)
Prier ou chercher des conseils spirituels	30,6	(29,4 à 31,9)	25,6	(23,8 à 27,5)	35,5*	(33,9 à 37,2)
Faire de l'exercice	80,3	(79,2 à 81,5)	80,1	(78,4 à 81,8)	80,6	(79,0 à 82,2)
Changer les choix alimentaires	37,6	(36,3 à 38,9)	34,9	(32,9 à 36,9)	40,1*	(38,3 à 41,9)
Participer à des loisirs	61,6	(60,3 à 63,0)	59,7	(57,6 à 61,7)	63,4*	(61,6 à 65,2)
Changer les habitudes de sommeil	20,0	(18,8 à 21,1)	18,8	(17,1 à 20,4)	21,1*	(19,5 à 22,7)
Maitrise (score moyen)	18,1	(18,0 à 18,3)	18,5	(18,3 à 18,7)	17,8*	(17,6 à 18,0)
Sentiment d'appartenance à la communauté						
Très fort	15,1	(14,2 à 16,0)	15,6	(14,2 à 17,1)	14,6	(13,4 à 15,9)
Plutôt fort	48,6	(47,2 à 49,9)	48,1	(46,1 à 50,1)	49,0	(47,2 à 50,8)
Plutôt faible	28,5	(27,2 à 29,7)	28,6	(26,7 à 30,4)	28,3	(26,7 à 30,0)
Très faible	7,9	(7,1 à 8,6)	7,7	(6,6 à 8,7)	8,0	(7,0 à 9,1)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; TDM, trouble dépressif majeur.

* Écart significatif par rapport aux hommes ($p < 0,05$).

TABEAU 4
Prévalence des résultats positifs au dépistage du TDM, en fonction du genre et de certaines caractéristiques
sociodémographiques, dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020

Variable	Total		Hommes		Femmes	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Total	15,2	(14,2 à 16,2)	12,6	(11,2 à 14,0)	17,5^a	(16,0 à 19,0)
Facteurs de risque liés à la COVID-19						
Perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie de COVID-19						
Oui	23,2*	(20,6 à 25,8)	18,3*	(15,0 à 21,7)	28,1*	(24,2 à 32,0)
Non (référence)	12,7	(11,6 à 13,7)	10,7	(9,2 à 12,3)	14,4	(12,9 à 15,8)
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels en raison de la pandémie de COVID-19						
Oui	34,2*	(30,9 à 37,6)	27,6*	(23,0 à 32,2)	40,5*	(35,5 à 45,4)
Non (référence)	11,9	(10,9 à 12,9)	9,9	(8,5 à 11,4)	13,6	(12,2 à 15,1)
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue en raison de la pandémie de COVID-19						
Oui	27,4*	(22,3 à 32,6)	27,2*	(18,7 à 35,7)	27,3*	(20,9 à 33,7)
Non (référence)	14,5	(13,5 à 15,5)	12,0	(10,6 à 13,4)	16,9	(15,4 à 18,4)
Sentiments de solitude ou d'isolement en raison de la pandémie de COVID-19						
Oui	29,5*	(27,5 à 31,4)	27,1*	(23,9 à 30,4)	30,9*	(28,4 à 33,5)
Non (référence)	6,3	(5,4 à 7,2)	5,6	(4,4 à 6,8)	7,0	(5,7 à 8,3)
Problèmes de santé physique en raison de la pandémie de COVID-19						
Oui	38,5*	(35,8 à 41,2)	37,0*	(32,4 à 41,5)	39,4*	(35,9 à 42,8)
Non (référence)	7,9	(7,0 à 8,7)	6,8	(5,6 à 8,0)	9,0	(7,6 à 10,3)
Difficultés dans les relations personnelles avec les membres de votre ménage en raison de la pandémie de COVID-19						
Oui	35,7*	(32,6 à 38,8)	30,9*	(26,2 à 35,7)	38,8*	(34,8 à 42,9)
Non (référence)	10,8	(9,8 à 11,8)	9,2	(7,9 à 10,5)	12,4	(11,0 à 13,9)
Consommation accrue d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19						
Oui	26,9*	(23,9 à 30,0)	24,4*	(19,9 à 29,0)	28,9*	(24,9 à 32,9)
Non (référence)	13,0	(12,0 à 14,1)	10,5	(9,1 à 11,9)	15,4	(13,8 à 16,9)
Consommation accrue de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19						
Oui	42,2*	(35,9 à 48,5)	35,2*	(26,4 à 44,1)	49,8*	(41,2 à 58,3)
Non (référence)	13,6	(12,7 à 14,6)	11,2	(9,9 à 12,6)	15,8	(14,4 à 17,2)
Préoccupations concernant la violence familiale dans votre ménage						
Oui	33,4*	(26,3 à 40,6)	29,2*	(18,6 à 39,8)	38,0*	(28,5 à 47,5)
Non (référence)	14,4	(13,4 à 15,4)	11,8	(10,5 à 13,2)	16,7	(15,3 à 18,2)
Nombre de facteurs de risque (référence : catégorie précédente)						
0	2,2	(1,5 à 2,8)	2,2	(1,3 à 3,1)	2,2	(1,2 à 3,1)
1	7,4*	(6,0 à 8,8)	7,4*	(5,2 à 9,5)	7,4*	(5,7 à 9,1)
2	19,1*	(16,3 à 21,8)	16,2*	(12,2 à 20,1)	21,8*	(17,9 à 25,6)
3	26,1*	(22,6 à 29,6)	21,1*	(16,2 à 26,1)	30,0*	(25,3 à 34,6)
4	42,5*	(37,0 à 48,0)	39,9*	(31,3 à 48,4)	43,8*	(36,9 à 50,7)
5 ou plus	61,6*	(55,5 à 67,7)	55,4*	(45,5 à 65,3)	66,6*	(59,2 à 74,0)
Facteurs de protection						
Stratégies d'adaptation						
Communiquer avec des amis et des proches						
Oui	15,1	(14,0 à 16,2)	12,4	(10,8 à 13,9)	17,4	(15,8 à 18,9)
Non (référence)	16,1	(13,4 à 18,9)	14,0	(10,6 à 17,4)	19,9	(15,0 à 24,9)
Méditer						
Oui	17,6*	(15,5 à 19,8)	14,4	(10,9 à 17,9)	19,6	(16,6 à 22,7)
Non (référence)	14,5	(13,4 à 15,6)	12,1	(10,6 à 13,6)	16,9	(15,2 à 18,6)

Suite à la page suivante

TABEAU 4 (suite)
Prévalence des résultats positifs au dépistage du TDM, en fonction du genre et de certaines caractéristiques sociodémographiques, dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020

Variable	Total		Hommes		Femmes	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Prier ou chercher de conseils spirituels						
Oui	15,0	(13,2 à 16,9)	13,4	(10,6 à 16,2)	16,2	(13,8 à 18,6)
Non (référence)	15,4	(14,2 à 16,6)	12,5	(10,9 à 14,1)	18,4	(16,5 à 20,3)
Faire de l'exercice						
Oui	13,1*	(12,0 à 14,1)	11,1*	(9,6 à 12,6)	14,7*	(13,2 à 16,3)
Non (référence)	24,0	(21,2 à 26,8)	19,0	(15,2 à 22,9)	29,0	(24,7 à 33,2)
Changer les choix alimentaires						
Oui	18,7*	(17,0 à 20,5)	15,5*	(12,9 à 18,1)	21,0*	(18,5 à 23,6)
Non (référence)	13,1	(11,9 à 14,3)	11,2	(9,6 à 12,9)	15,2	(13,4 à 17,0)
Participer à des loisirs						
Oui	13,3*	(12,1 à 14,5)	11,1*	(9,4 à 12,8)	15,0*	(13,2 à 16,8)
Non (référence)	18,4	(16,6 à 20,1)	14,9	(12,5 à 17,4)	22,0	(19,6 à 24,5)
Changer les habitudes de sommeil						
Oui	26,4*	(23,6 à 29,2)	25,3*	(20,9 à 29,7)	27,2*	(23,4 à 31,0)
Non (référence)	12,5	(11,5 à 13,5)	9,7	(8,4 à 11,1)	15,1	(13,5 à 16,6)
Quartile de maîtrise (référence : catégorie précédente)						
1 (le plus faible)	36,5	(33,9 à 39,1)	32,5	(28,4 à 36,5)	39,4	(35,9 à 42,9)
2	10,6*	(9,0 à 12,2)	8,5*	(6,4 à 10,5)	12,7*	(10,2 à 15,2)
3	5,6*	(4,0 à 7,1)	6,1*	(3,5 à 8,6)	5,1*	(3,3 à 6,8)
4 (le plus élevé)	2,2*	(1,5 à 2,9)	1,5*	(0,6 à 2,3)	3,0*	(1,8 à 4,1)
Sentiment d'appartenance à la communauté (référence : catégorie précédente)						
Très fort	4,7	(3,3 à 6,1)	3,6	(1,8 à 5,3)	5,9	(3,6 à 8,2)
Plutôt fort	9,6*	(8,4 à 10,8)	7,7*	(6,0 à 9,5)	11,1*	(9,4 à 12,8)
Plutôt faible	21,1*	(18,9 à 23,2)	17,8*	(14,8 à 20,8)	24,2*	(21,0 à 27,5)
Très faible	48,3*	(43,3 à 53,4)	42,9*	(35,3 à 50,4)	53,0*	(46,2 à 59,8)
Caractéristiques sociodémographiques						
Groupe d'âge (en années; référence : autres groupes d'âge combinés)						
18 à 24	27,8*	(22,4 à 33,2)	21,0*	(14,4 à 27,6)	37,2*	(28,4 à 45,9)
25 à 34	20,7*	(17,9 à 23,6)	16,5*	(12,4 à 20,6)	23,8*	(19,7 à 27,9)
35 à 49	15,2	(13,4 à 17,1)	13,3	(10,9 à 15,7)	17,1	(14,3 à 19,9)
50 à 64	13,5*	(11,9 à 15,1)	12,3	(9,9 à 14,6)	14,8*	(12,4 à 17,1)
65 ou plus	6,8*	(5,6 à 8,0)	4,4*	(2,9 à 5,8)	8,9*	(7,1 à 10,7)
Membre d'un groupe « racialisé »						
Oui (non blanc)	16,6	(14,3 à 19,0)	13,9	(10,9 à 16,9)	19,3	(15,7 à 22,9)
Non (blanc; référence)	14,7	(13,6 à 15,8)	12,2	(10,6 à 13,8)	16,9	(15,3 à 18,4)
Statut d'immigrant						
Oui	12,5*	(10,5 à 14,5)	10,9	(8,3 à 13,4)	14,2*	(11,0 à 17,4)
Non (référence)	16,2	(15,1 à 17,4)	13,5	(11,8 à 15,1)	18,6	(16,9 à 20,2)
Milieu de résidence						
Urbain	16,0*	(14,9 à 17,2)	13,1	(11,5 à 14,7)	18,7*	(17,0 à 20,5)
Rural (référence)	11,4	(9,6 à 13,1)	10,5	(7,8 à 13,3)	12,2	(9,9 à 14,5)
Parent d'un enfant de moins de 18 ans						
Oui	14,8	(13,0 à 16,7)	12,4	(10,0 à 14,9)	17,0	(14,3 à 19,8)
Non (référence)	15,3	(14,1 à 16,5)	12,7	(11,0 à 14,4)	17,7	(15,9 à 19,4)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Prévalence des résultats positifs au dépistage du TDM, en fonction du genre et de certaines caractéristiques sociodémographiques, dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020

Variable	Total		Hommes		Femmes	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Plus haut niveau d'études atteint (référence : autres niveaux d'études combinés)						
Sans diplôme d'études secondaires	13,3	(9,6 à 17,0)	7,4*	(3,4 à 11,4)	18,6	(12,8 à 24,4)
Diplôme d'études secondaires	18,1*	(15,7 à 20,6)	15,4	(11,9 à 18,8)	20,6*	(17,1 à 24,2)
Certificat, diplôme ou grade post-secondaire	15,5	(14,2 à 16,8)	13,3	(11,4 à 15,1)	17,5	(15,7 à 19,4)
Certificat, diplôme ou grade universitaire supérieur au baccalauréat	10,2*	(8,1 à 12,3)	8,0*	(5,1 à 11,0)	11,8*	(9,0 à 14,7)
Quintile de revenu du ménage (référence : autres groupes de revenu combinés)						
1 (le plus faible)	17,6*	(15,4 à 19,7)	15,0	(11,9 à 18,1)	20,0	(16,9 à 23,2)
2	16,4	(14,0 à 18,8)	14,1	(10,6 à 17,6)	18,1	(14,9 à 21,4)
3	16,6	(14,2 à 19,0)	13,7	(10,4 à 17,0)	19,1	(15,5 à 22,8)
4	13,9	(11,3 à 16,5)	11,1	(7,6 à 14,5)	17,0	(13,2 à 20,7)
5 (le plus élevé)	12,4*	(10,1 à 14,7)	12,2	(8,8 à 15,6)	12,7*	(9,4 à 15,9)
Travailleur de première ligne (parmi ceux ayant travaillé la semaine précédente)						
Oui	20,9*	(16,6 à 25,2)	16,3	(10,1 à 22,5)	24,0*	(18,2 à 29,8)
Non (référence)	14,4	(13,0 à 15,9)	11,7	(9,9 à 13,6)	17,3	(15,0 à 19,5)
Province/territoire (référence : autres provinces/territoires combinés)						
Terre-Neuve-et-Labrador	11,5	(9,0 à 14,0)	8,6	(5,2 à 12,0)	14,1	(10,4 à 17,8)
Île-du-Prince-Édouard	14,1	(11,1 à 17,1)	12,6	(7,9 à 17,3)	15,5	(11,6 à 19,4)
Nouvelle-Écosse	16,5	(13,2 à 19,9)	12,9	(7,5 à 18,3)	20,0	(16,1 à 23,8)
Nouveau-Brunswick	17,4	(14,1 à 20,6)	17,8	(12,6 à 23,0)	17,0	(13,1 à 20,8)
Québec	10,5*	(8,9 à 12,1)	8,3*	(6,0 à 10,5)	12,5*	(10,0 à 15,0)
Ontario	15,9	(13,9 à 17,8)	12,7	(10,1 à 15,4)	18,9	(16,0 à 21,8)
Manitoba	20,1	(17,0 à 23,3)	17,1	(12,6 à 21,7)	21,9	(17,3 à 26,4)
Saskatchewan	14,4	(11,5 à 17,3)	13,1	(8,3 à 17,9)	15,5	(12,1 à 18,9)
Alberta	18,3	(15,5 à 21,1)	14,1	(10,3 à 17,9)	22,1	(17,9 à 26,3)
Colombie-Britannique	17,2	(14,4 à 20,0)	16,9	(12,7 à 21,1)	17,4	(13,8 à 21,0)
Whitehorse (Yukon)	15,0	(11,4 à 18,6)	6,5	(2,9 à 10,0)	23,3	(17,0 à 29,5)
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)	16,8	(11,6 à 22,0)	13,3	(5,6 à 21,1)	20,4	(13,4 à 27,5)
Nunavut (Iqaluit)	21,5	(14,1 à 28,8)	10,5	(2,9 à 18,1)	30,6	(18,8 à 42,5)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; IC, intervalle de confiance; TDM, trouble dépressif majeur.

Remarque : Les données ont été ajustées aux fins de comparaisons multiples à l'aide de la méthode de Bonferroni lors de la comparaison des estimations des provinces et des territoires.

* Écart significatif par rapport aux hommes ($p < 0,05$).

* Écart significatif par rapport à la valeur de référence ($p < 0,05$).

un diplôme d'études secondaires mais n'ayant pas fait d'études postsecondaires couraient, quant à elles, un risque accru de TDM. Le TDM était inversement associé au quintile de revenu du ménage : la prévalence la plus élevée était observée dans le quintile inférieur (17,6 %), et la plus faible, dans le quintile supérieur (12,4 %). Parmi les femmes ayant travaillé au cours de la semaine précédant l'enquête, les travailleuses de première ligne étaient plus susceptibles d'être atteintes d'un TDM que les autres travailleuses (24,0 % contre 17,3 %). Le TDM était

moins fréquent chez les résidents du Québec (10,5 %) que chez les personnes des autres provinces ou territoires.

Le tableau 5 présente les rapports de cotes ajustés pour le TDM et tient compte de tous les facteurs simultanément. Les rapports de cotes non ajustés sont également inclus pour faciliter la comparaison entre les analyses bivariées et multivariées.

Comme une relation dose-réponse avait été observée entre les facteurs de risque liés à la COVID-19 et le TDM, le nombre

de facteurs de risque liés à la COVID-19 a été entré comme variable continue dans les modèles de régression logistique. D'après les rapports de cotes non ajustés, on note qu'en moyenne, chaque augmentation graduelle du nombre de facteurs de risque était associée à une augmentation par un facteur de 2,1 des probabilités de TDM. Ce résultat est confirmé dans l'analyse multivariée, bien que la valeur soit légèrement plus basse, soit 1,7.

Les modèles de régression ont été exécutés de nouveau afin d'analyser

TABEAU 5
Rapports de cotes ajustés et non ajustés pour un résultat positif au dépistage du TDM, en fonction du genre et de certaines caractéristiques,
dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020

Variable	Total				Hommes				Femmes			
	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %
Nombre de facteurs de risque liés à la COVID-19 (variable continue)	2,1*	(2,0 à 2,2)	1,7*	(1,6 à 1,8)	2,0*	(1,8 à 2,2)	1,7*	(1,5 à 1,9)	2,1*	(2,0 à 2,3)	1,8*	(1,6 à 1,9)
Facteurs de protection												
Stratégies d'adaptation (référence : non)												
Communiquer avec des amis et des proches	0,9	(0,7 à 1,2)	1,0	(0,7 à 1,3)	0,9	(0,6 à 1,2)	0,9	(0,6 à 1,4)	0,8	(0,6 à 1,2)	1,1	(0,7 à 1,7)
Méditer	1,3*	(1,1 à 1,5)	1,1	(0,8 à 1,4)	1,2	(0,9 à 1,7)	1,0	(0,6 à 1,7)	1,2	(1,0 à 1,5)	1,2	(0,9 à 1,7)
Prier ou chercher des conseils spirituels	1,0	(0,8 à 1,2)	1,0	(0,7 à 1,2)	1,1	(0,8 à 1,4)	1,0	(0,7 à 1,6)	0,9	(0,7 à 1,1)	0,9	(0,7 à 1,3)
Faire de l'exercice	0,5*	(0,4 à 0,6)	0,6*	(0,5 à 0,8)	0,5*	(0,4 à 0,7)	0,7*	(0,4 à 1,0)	0,4*	(0,3 à 0,5)	0,6*	(0,4 à 0,8)
Changer les choix alimentaires	1,5*	(1,3 à 1,8)	1,3*	(1,0 à 1,6)	1,5*	(1,1 à 1,9)	1,3	(0,9 à 1,9)	1,5*	(1,2 à 1,8)	1,4*	(1,0 à 1,8)
Participer à des loisirs	0,7*	(0,6 à 0,8)	0,6*	(0,5 à 0,7)	0,7*	(0,5 à 0,9)	0,6*	(0,4 à 0,9)	0,6*	(0,5 à 0,8)	0,5*	(0,4 à 0,7)
Changer les habitudes de sommeil	2,5*	(2,1 à 3,0)	1,4*	(1,1 à 1,8)	3,1*	(2,4 à 4,2)	1,8*	(1,2 à 2,6)	2,1*	(1,7 à 2,6)	1,2	(0,9 à 1,7)
Quartile de contrôle (référence : quartile 1)												
2	0,2*	(0,2 à 0,3)	0,3*	(0,2 à 0,4)	0,2*	(0,1 à 0,3)	0,2*	(0,2 à 0,3)	0,2*	(0,2 à 0,3)	0,3*	(0,2 à 0,4)
3	0,1*	(0,1 à 0,1)	0,2*	(0,1 à 0,2)	0,1*	(0,1 à 0,2)	0,2*	(0,1 à 0,4)	0,1*	(0,1 à 0,1)	0,1*	(0,1 à 0,2)
4	0,0*	(0,0 à 0,1)	0,1*	(0,1 à 0,1)	0,0*	(0,0 à 0,1)	0,1*	(0,0 à 0,1)	0,0*	(0,0 à 0,1)	0,1*	(0,1 à 0,2)
Sentiment d'appartenance à la communauté locale (référence : très faible)												
Très fort	0,1*	(0,0 à 0,1)	0,2*	(0,1 à 0,3)	0,0*	(0,0 à 0,1)	0,2*	(0,1 à 0,3)	0,1*	(0,0 à 0,1)	0,2*	(0,1 à 0,4)
Plutôt fort	0,1*	(0,1 à 0,1)	0,2*	(0,2 à 0,3)	0,1*	(0,1 à 0,2)	0,2*	(0,1 à 0,3)	0,1*	(0,1 à 0,2)	0,3*	(0,2 à 0,4)
Plutôt faible	0,3*	(0,2 à 0,4)	0,4*	(0,3 à 0,5)	0,3*	(0,2 à 0,4)	0,3*	(0,2 à 0,5)	0,3*	(0,2 à 0,4)	0,4*	(0,3 à 0,6)
Caractéristiques sociodémographiques												
Femmes (référence : hommes)	1,5*	(1,2 à 1,7)	1,3*	(1,1 à 1,7)								
Groupe d'âge (années; référence : 35 à 49 ans)												
18 à 24	2,1*	(1,6 à 2,9)	1,6*	(1,0 à 2,6)	1,7*	(1,1 à 2,8)	1,8	(0,8 à 3,7)	2,9*	(1,9 à 4,4)	1,8	(1,0 à 3,3)
25 à 34	1,5*	(1,2 à 1,8)	1,2	(0,9 à 1,7)	1,3	(0,9 à 1,8)	1,2	(0,7 à 2,1)	1,5*	(1,1 à 2,1)	1,3	(0,9 à 1,9)
50 à 64	0,9	(0,7 à 1,1)	1,0	(0,7 à 1,3)	0,9	(0,7 à 1,2)	1,0	(0,6 à 1,7)	0,8	(0,6 à 1,1)	0,9	(0,6 à 1,4)
65 ou plus	0,4*	(0,3 à 0,5)	0,6*	(0,4 à 0,9)	0,3*	(0,2 à 0,4)	0,5	(0,3 à 1,0)	0,5*	(0,3 à 0,6)	0,6	(0,4 à 1,0)

Suite à la page suivante

TABEAU 5 (suite)
Rapports de cotes ajustés et non ajustés pour un résultat positif au dépistage du TDM, en fonction du genre et de certaines caractéristiques,
dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020

Variable	Total				Hommes				Femmes			
	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %
Membre d'un groupe « racialisé » (référence : Blanc)	1,2	(1,0 à 1,4)	0,8	(0,6 à 1,1)	1,2	(0,9 à 1,6)	0,8	(0,4 à 1,3)	1,2	(0,9 à 1,5)	0,8	(0,5 à 1,2)
Immigrant (référence : non-immigrant)	0,7*	(0,6 à 0,9)	0,7*	(0,5 à 1,0)	0,8	(0,6 à 1,1)	0,7	(0,4 à 1,2)	0,7*	(0,5 à 1,0)	0,7	(0,5 à 1,1)
Milieu de résidence urbain (référence : milieu rural)	1,5*	(1,2 à 1,8)	1,1	(0,8 à 1,4)	1,3	(0,9 à 1,8)	0,7	(0,5 à 1,2)	1,7*	(1,3 à 2,1)	1,3	(0,9 à 1,8)
Parent d'un enfant de moins de 18 ans (référence : non parent)	1,0	(0,8 à 1,1)	0,9	(0,7 à 1,2)	1,0	(0,7 à 1,3)	0,9	(0,6 à 1,4)	1,0	(0,8 à 1,2)	0,8	(0,6 à 1,2)
Travailleur de première ligne (référence : non travailleur de première ligne)	1,5*	(1,2 à 2,0)	1,7*	(1,2 à 2,6)	1,5	(0,9 à 2,4)	1,5	(0,7 à 3,2)	1,5*	(1,0 à 2,1)	1,9*	(1,2 à 3,1)
Plus haut niveau d'études atteint (référence : diplôme d'études secondaires)												
Sans diplôme d'études secondaires	0,7*	(0,5 à 1,0)	1,0	(0,6 à 1,6)	0,4*	(0,2 à 0,8)	0,4*	(0,2 à 0,9)	0,9	(0,6 à 1,4)	1,5	(0,8 à 2,8)
Certificat, diplôme ou grade d'études postsecondaires	0,8	(0,7 à 1,0)	0,8	(0,6 à 1,1)	0,8	(0,6 à 1,2)	0,9	(0,6 à 1,4)	0,8	(0,6 à 1,1)	0,8	(0,6 à 1,1)
Certificat, diplôme ou niveau universitaire supérieur à un baccalauréat	0,5*	(0,4 à 0,7)	0,7	(0,5 à 1,0)	0,5*	(0,3 à 0,8)	0,7	(0,4 à 1,4)	0,5*	(0,4 à 0,7)	0,7	(0,4 à 1,2)
Quintile de revenu du ménage (référence : quintile 3)												
1	1,1	(0,9 à 1,3)	1,2	(0,9 à 1,6)	1,1	(0,8 à 1,6)	1,4	(0,9 à 2,4)	1,1	(0,8 à 1,4)	1,1	(0,7 à 1,6)
2	1,0	(0,8 à 1,3)	1,2	(0,9 à 1,6)	1,0	(0,7 à 1,6)	1,5	(0,9 à 2,5)	0,9	(0,7 à 1,3)	1,0	(0,7 à 1,5)
4	0,8	(0,6 à 1,1)	0,9	(0,7 à 1,3)	0,8	(0,5 à 1,2)	1,0	(0,6 à 1,8)	0,9	(0,6 à 1,2)	0,9	(0,6 à 1,5)
5	0,7*	(0,5 à 0,9)	1,1	(0,7 à 1,5)	0,9	(0,6 à 1,3)	1,6	(0,9 à 2,9)	0,6*	(0,4 à 0,9)	0,8	(0,5 à 1,2)
Provinces/capitales territoriales (référence : Ontario)												
Terre-Neuve-et-Labrador	0,7	(0,5 à 0,9)	0,9	(0,6 à 1,3)	0,6	(0,4 à 1,1)	0,9	(0,5 à 1,8)	0,7	(0,5 à 1,0)	0,8	(0,5 à 1,3)
Île-du-Prince-Édouard	0,9	(0,6 à 1,2)	1,2	(0,8 à 1,7)	1,0	(0,6 à 1,6)	1,3	(0,6 à 2,6)	0,8	(0,6 à 1,1)	1,1	(0,7 à 1,7)
Nouvelle-Écosse	1,0	(0,8 à 1,4)	1,0	(0,6 à 1,5)	1,0	(0,6 à 1,8)	0,8	(0,3 à 2,0)	1,1	(0,8 à 1,5)	0,9	(0,6 à 1,5)
Nouveau-Brunswick	1,1	(0,8 à 1,5)	1,1	(0,8 à 1,7)	1,5	(0,9 à 2,3)	2,0	(1,0 à 4,0)	0,9	(0,6 à 1,2)	0,8	(0,5 à 1,2)
Québec	0,6*	(0,5 à 0,8)	0,7	(0,5 à 1,0)	0,6*	(0,4 à 0,9)	0,8	(0,5 à 1,3)	0,6*	(0,5 à 0,8)	0,6	(0,4 à 0,9)
Manitoba	1,3	(1,0 à 1,7)	1,4	(1,0 à 1,9)	1,4	(0,9 à 2,1)	1,7	(0,9 à 3,0)	1,2	(0,9 à 1,7)	1,2	(0,8 à 1,8)
Saskatchewan	0,9	(0,7 à 1,2)	1,0	(0,7 à 1,5)	1,0	(0,6 à 1,7)	1,4	(0,7 à 2,8)	0,8	(0,6 à 1,1)	0,8	(0,5 à 1,2)
Alberta	1,2	(0,9 à 1,5)	0,9	(0,6 à 1,2)	1,1	(0,8 à 1,7)	0,8	(0,5 à 1,4)	1,2	(0,9 à 1,7)	0,8	(0,6 à 1,3)
Colombie-Britannique	1,1	(0,9 à 1,4)	1,2	(0,9 à 1,7)	1,4	(1,0 à 2,0)	1,5	(0,9 à 2,5)	0,9	(0,7 à 1,2)	1,0	(0,7 à 1,6)
Yukon (Whitehorse)	0,9	(0,7 à 1,3)	1,2	(0,8 à 1,9)	0,5	(0,2 à 0,9)	0,9	(0,3 à 2,5)	1,3	(0,9 à 1,9)	1,4	(0,8 à 2,3)
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	1,1	(0,7 à 1,6)	1,4	(0,8 à 2,4)	1,1	(0,5 à 2,3)	1,0	(0,4 à 2,5)	1,1	(0,7 à 1,8)	1,7	(0,8 à 3,6)
Nunavut (Iqaluit)	1,4	(0,9 à 2,3)	2,7	(1,3 à 5,6)	0,8	(0,3 à 2,1)	1,6	(0,5 à 4,9)	1,9	(1,0 à 3,5)	3,3	(1,2 à 9,2)

Suite à la page suivante

TABLEAU 5 (suite)
Rapports de cotes ajustés et non ajustés pour un résultat positif au dépistage du TDM, en fonction du genre et de certaines caractéristiques,
dans la population des ménages de 18 ans et plus, Canada, 2020

Variable	Total				Hommes				Femmes			
	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes non ajusté	IC à 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC à 95 %
Rapports de cotes pour les facteurs de risque individuels de dépression liés à la COVID-19^a (référence : non)												
Perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie de la COVID-19	2,1*	(1,8 à 2,5)	1,0	(0,7 à 1,3)	1,9*	(1,4 à 2,5)	0,8	(0,5 à 1,2)	2,3*	(1,9 à 2,9)	1,2	(0,8 à 1,6)
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels en raison de la pandémie de COVID-19	3,9*	(3,2 à 4,6)	1,5*	(1,1 à 2,0)	3,5*	(2,6 à 4,6)	1,4	(0,9 à 2,3)	4,3*	(3,4 à 5,5)	1,5*	(1,1 à 2,1)
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue en raison de la pandémie de COVID-19	2,2*	(1,7 à 2,9)	1,4	(1,0 à 2,1)	2,8*	(1,7 à 4,4)	2,1	(1,0 à 4,7)	1,8*	(1,3 à 2,6)	1,1	(0,7 à 1,7)
Sentiments de solitude ou d'isolement en raison de la pandémie de COVID-19	6,2*	(5,2 à 7,4)	2,3*	(1,8 à 2,8)	6,3*	(4,7 à 8,3)	2,5*	(1,7 à 3,8)	5,9*	(4,7 à 7,5)	2,3*	(1,7 à 3,1)
Problèmes de santé physique en raison de la pandémie de COVID-19	7,4*	(6,2 à 8,7)	2,9*	(2,3 à 3,7)	8,1*	(6,1 à 10,6)	3,2*	(2,1 à 4,8)	6,6*	(5,3 à 8,2)	2,8*	(2,1 à 3,7)
Difficultés dans les relations personnelles avec les membres de votre ménage en raison de la pandémie de COVID-19	4,6*	(3,9 à 5,4)	1,5*	(1,2 à 2,0)	4,4*	(3,4 à 5,8)	1,2	(0,8 à 1,8)	4,5*	(3,6 à 5,5)	1,6*	(1,2 à 2,2)
Consommation accrue d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19	2,5*	(2,1 à 3,0)	1,5*	(1,2 à 2,0)	2,8*	(2,1 à 3,7)	1,5	(0,9 à 2,3)	2,2*	(1,8 à 2,8)	1,6*	(1,2 à 2,3)
Consommation accrue de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19	4,6*	(3,5 à 6,1)	1,9*	(1,3 à 2,8)	4,3*	(2,8 à 6,5)	1,7	(0,9 à 3,2)	5,3*	(3,7 à 7,5)	2,2*	(1,3 à 3,6)
Préoccupations concernant la violence familiale dans votre ménage	3,0*	(2,1 à 4,1)	1,9*	(1,2 à 3,1)	3,1*	(1,8 à 5,3)	2,1	(0,9 à 5,0)	3,1*	(2,0 à 4,7)	2,0*	(1,2 à 3,5)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; TDM, trouble dépressif majeur.

Remarque : Pour les rapports de cotes de certaines provinces et de certains territoires, les intervalles de confiance à 95 % chevauchent la valeur de 1,0, mais le résultat n'est pas significatif en raison de l'ajustement à l'aide de la méthode de Bonferroni pour les comparaisons multiples.

^a Dans la deuxième série de modèles analysant les facteurs de risque individuels liés à la COVID-19, les cotes ajustées tiennent compte de toutes les variables qui étaient incluses dans la première série de modèles, mais les rapports de cotes ajustés ne sont présentés que pour les facteurs de risque liés à la COVID-19.

* Écart significatif par rapport à la valeur de référence ($p < 0,05$).

individuellement les effets des neuf facteurs de risque. Comme prévu, selon les rapports de cotes non ajustés, ces neuf facteurs de risque ont augmenté la probabilité de TDM. Toutefois, lorsque nous avons tenu compte des neuf facteurs de risque simultanément, nous avons constaté une certaine diminution des probabilités. De plus, pour deux facteurs de risque, l'association avec le TDM n'avait plus d'importance sur le plan statistique : la perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie de COVID-19 n'était plus significative et la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue à cause de la COVID-19 ne faisait que se rapprocher du seuil de signification statistique ($p = 0,08$). Dans le modèle multivarié pour les hommes, bien que les rapports de cotes soient demeurés élevés, les seuls facteurs de risque qui présentaient une signification statistique étaient les sentiments de solitude ou d'isolement en raison de la pandémie de COVID-19 et les problèmes de santé physique en raison de la pandémie de COVID-19.

Pour ce qui est des facteurs de protection, les associations observées dans les analyses bivariées étaient toujours valables dans les analyses multivariées, à deux exceptions près. L'association avec la méditation n'était plus statistiquement significative tout comme les changements dans les habitudes de sommeil chez les femmes.

Il était plus fréquent que les associations entre les facteurs sociodémographiques et le TDM observées dans l'analyse bivariée perdent de leur signification statistique dans l'analyse multivariée. Par exemple, pour l'ensemble de la population, les associations avec le niveau d'études, le revenu, le fait de vivre dans un centre urbain et au Québec n'étaient plus présentes dans les analyses multivariées. En ce qui concerne le groupe d'âge, dans l'analyse stratifiée selon le genre, aucune des associations n'était statistiquement significative dans l'analyse multivariée.

Analyse

D'après les données de l'ECSM recueillies au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19, 15,2 % des Canadiens ont obtenu un résultat positif au dépistage du TDM. On dispose d'estimations de référence de la prévalence du TDM dans huit provinces canadiennes pour plusieurs années précédant la pandémie de COVID-19 (2015 à 2019). Les résultats de

l'ECSM révèlent qu'à l'automne 2020, la prévalence du TDM dans ces huit provinces avait plus que doublé par rapport à la période antérieure à la pandémie.

Dans la plupart des cas, les variations relatives de prévalence du TDM étaient similaires dans tous les sous-groupes sociodémographiques. Toutefois, les variations absolues de prévalence étaient variables selon le groupe d'âge : les plus fortes augmentations de la prévalence du TDM ont été observées chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans et les plus faibles augmentations, chez les personnes de 65 ans ou plus. La hausse de 17,4 points de pourcentage de la prévalence du TDM chez les jeunes adultes est préoccupante et il faudrait peut-être des interventions de santé publique ciblant spécifiquement ce groupe d'âge pour s'attaquer au fardeau excessif du TDM.

Les neuf facteurs de risque liés à la COVID-19 analysés dans cette étude étaient associés individuellement au TDM mais, dans l'analyse multivariée, la perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie de COVID-19, et la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue en raison de la pandémie de COVID-19 n'étaient plus significatives du point de vue statistique. Par ailleurs, une relation dose-réponse a été observée : chaque augmentation dans le nombre de facteurs de risque était associée à une hausse significative de la prévalence du TDM. Des recherches ont révélé que les événements stressants de la vie sont le facteur de causalité le plus important des premiers épisodes de dépression⁷. Bien que la perception de ce qui constitue un événement stressant pour une personne soit subjective, plusieurs des facteurs de risque liés à la COVID-19 étudiés dans cette analyse peuvent être considérés comme des événements stressants de la vie. En fait, la pandémie de COVID-19 en elle-même peut être perçue comme un événement stressant de la vie.

Même si nous avons constaté que les personnes qui ont augmenté leur consommation de cannabis et d'alcool étaient plus susceptibles d'avoir un résultat positif au dépistage du TDM, il est possible qu'elles aient augmenté leur consommation pour atténuer leurs symptômes dépressifs. Toutefois, des études longitudinales ont démontré que les troubles liés à la consommation d'alcool et à la consommation de cannabis

(en particulier la consommation abusive) sont associés à un risque accru de troubles dépressifs ultérieurs^{14,15}. Chez les personnes ayant augmenté leur consommation d'alcool, on constate que, les jours où les hommes ont consommé de l'alcool, ils buvaient en moyenne six boissons alcoolisées par jour, tandis que les femmes en buvaient quatre. Ces niveaux de consommation dépassent considérablement les recommandations émises dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, selon lesquelles les femmes ne devraient pas boire plus de deux verres par jour la plupart des jours de la semaine, et les hommes pas plus de trois verres³⁷. Chez les personnes ayant augmenté leur consommation de cannabis, 43 % des hommes et 44 % des femmes ont déclaré en consommer cinq jours ou plus par semaine. Selon les Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque, les utilisateurs fréquents (quotidiens ou quasi quotidiens) sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé³⁸. Il va être important de continuer à surveiller les niveaux de consommation, étant donné que l'utilisation accrue de ces substances pour gérer le stress est un facteur de prédiction d'un usage problématique et de la dépendance^{39,40}.

Nous avons constaté que les préoccupations concernant la violence familiale étaient associées à un risque plus élevé de TDM. Des études longitudinales révèlent qu'il existe une relation bidirectionnelle entre le fait de subir de la violence familiale et les symptômes dépressifs⁴¹. En effet, il a été démontré que la violence familiale est associée ultérieurement à une dépression, mais que, parallèlement, des symptômes dépressifs prédisent une violence familiale ultérieure.

Comme l'ont montré des recherches menées précédemment, le sentiment de maîtrise^{26,29} et le sentiment d'appartenance à la communauté^{27,28} sont des facteurs de protection contre le TDM. Dans notre étude, le sentiment de maîtrise s'est révélé un puissant facteur de protection, puisque les personnes se trouvant dans le quartile de maîtrise le plus faible étaient 17 fois plus susceptibles d'avoir un TDM que celles du quartile de maîtrise le plus élevé. Dans le même ordre d'idées, les personnes déclarant avoir un très faible sentiment d'appartenance à la communauté étaient 10 fois plus susceptibles d'avoir un TDM que celles ayant un très fort sentiment d'appartenance. On suppose que le fait de

se sentir « relié » à une communauté renforce le lien social. Le fait d'avoir des relations sociales peut améliorer l'estime de soi et, par le fait même, contribuer à une bonne santé mentale²⁷.

Conformément à d'autres études^{30,42}, nous avons relevé des preuves que les stratégies d'adaptation visant à améliorer la santé étaient des facteurs de protection contre le TDM. L'activité physique et la participation à des loisirs étaient associées à une diminution du risque de TDM. Toutefois, les changements dans les choix alimentaires et les habitudes de sommeil pour prendre soin de sa santé ne sont pas apparus comme étant des facteurs de protection et ils ont même été, contre toute attente, associés à un risque accru de TDM. La prévalence plus élevée du TDM chez les personnes ayant changé leurs choix alimentaires et leurs habitudes de sommeil pour améliorer leur santé peut s'expliquer par le fait que ces stratégies sont utilisées par les personnes atteintes d'un TDM pour combattre leurs symptômes dépressifs. Il reste plausible que ces stratégies puissent être utiles pour prévenir le TDM et réduire les symptômes chez les personnes atteintes d'un TDM.

Le risque accru de TDM chez les femmes et l'association négative avec l'âge ont été constatés dans la plupart des études épidémiologiques communautaires⁴³⁻⁴⁵. La diminution du risque pour les immigrants est cohérente avec l'effet « immigrant en bonne santé »⁴⁶. Cependant, même si les immigrants arrivés récemment sont en meilleure santé à leur arrivée, cet avantage initial en matière de santé diminue au fil du temps⁴⁶. La comparaison des estimations de l'ESCC et de l'ECSM suggère que l'écart entre les immigrants et les non-immigrants s'est réduit depuis le début de la pandémie de COVID-19. Conformément à nos résultats, une analyse rapide des répercussions psychologiques de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé de première ligne a répertorié de nombreuses études faisant état de niveaux accrus de dépression, les infirmières étant le groupe qui présente le risque le plus élevé de dépression par rapport aux autres travailleurs de première ligne⁴⁷.

Après plus de deux décennies de stabilité¹⁶, la prévalence du TDM chez les Canadiens a considérablement augmenté. On estime qu'une proportion allant du

tiers à la moitié des personnes atteintes de dépression pour la première fois connaîtra une récurrence⁴⁴. Comme les répondants à l'ECSM n'ont pas été interrogés à propos des symptômes de dépression au cours de leur vie, on ne peut pas quantifier quelle proportion des cas recensés correspondaient à un premier épisode, mais il est probable qu'une proportion importante de Canadiens ont souffert de TDM pour la première fois de leur vie durant la pandémie de COVID-19. Les recherches suggèrent que l'étiologie des épisodes ultérieurs de dépression est très variable^{6,7,9,11,13}. Bien que la première occurrence d'un épisode dépressif soit plus souvent associée à un événement stressant grave, les épisodes ultérieurs surviennent souvent malgré l'absence d'un tel événement^{6,7,9,11,13}. Le modèle de sensibilisation au stress postule qu'après un premier épisode de dépression, les personnes sont plus sensibles au stress et que, au fil du temps, des événements moins graves, voire mineurs, comme les tracasseries du quotidien, peuvent déclencher un épisode^{12,13}. Quelle que soit la cause des épisodes ultérieurs, il semble qu'un pourcentage plus élevé de Canadiens soit plus susceptible de connaître des épisodes de dépression dans un avenir proche.

Points forts et limites

L'un des principaux points forts de cette étude est qu'elle est fondée sur un vaste échantillon représentatif des 10 provinces canadiennes, ainsi que sur des données provenant des capitales des trois territoires. L'échelle utilisée pour mesurer le TDM présente de bonnes propriétés psychométriques, et le seuil utilisé pour définir le TDM est très sensible et spécifique³¹⁻³³. Nous avons également pu examiner comment les bouleversements sociaux et financiers liés à la COVID-19, les changements de comportement depuis le début de la pandémie de COVID-19 et les facteurs de protection (maîtrise, sentiment d'appartenance à la communauté) ont une influence sur le TDM.

Néanmoins, certaines limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats de cette analyse.

- L'évolution des estimations de la prévalence du TDM au fil du temps a été fondée uniquement sur certaines provinces, et les années de référence pour les comparaisons varient, allant de 2015 à 2019. Nous avons supposé de

manière implicite que les estimations du TDM étaient stables pour ces années. Les analyses de sensibilité fondées sur les provinces de l'Ontario et du Manitoba ont effectivement validé l'hypothèse d'estimations stables, qui ont été suivies d'une augmentation dans l'ECSM à l'automne 2020. Il ressort de ces résultats que l'augmentation de la prévalence du TDM est survenue après le début de la pandémie de COVID-19.

- Les différences méthodologiques entre l'ECSM et l'ESCC peuvent avoir eu une influence sur les comparaisons. Les méthodes de collecte des données des deux enquêtes étaient différentes.
- Les données de l'ESCC ont été recueillies tout au long de l'année, alors que les données de l'ECSM ont été recueillies au cours de l'automne et peuvent donc comporter un biais saisonnier⁴⁸.
- Pour la comparaison selon le revenu du ménage, il convient de noter que l'ECSM est fondée sur des données autodéclarées, tandis que l'ESCC utilise une combinaison de données fiscales, de données fournies par les répondants et de données imputées. On ignore comment cela a pu influencer la comparaison des estimations du TDM entre les deux enquêtes.
- Nous ne savons pas non plus dans quelle mesure les taux de réponse à l'ECSM et à l'ESCC ont eu une influence sur la prévalence du TDM dans notre étude et la comparaison des estimations entre les deux enquêtes.
- Les données sur l'état matrimonial et le soutien social n'ont pas fait l'objet de questions dans l'ECSM. Il est depuis longtemps établi que le fait d'être marié et la présence de soutien social sont des facteurs de protection contre la dépression^{43,49}.
- L'ECSM et l'ESCC excluent certains sous-groupes de population au sein desquels la prévalence de la dépression est probablement plus élevée, comme les sans-abri, les résidents des réserves et d'autres établissements autochtones et les résidents d'établissements institutionnels. La dépression est plus fréquente chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée⁵⁰. Notre étude n'a pas porté sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur

la santé mentale des personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée.

- Bien que le PHQ-9 soit une mesure fiable et valide du TDM³¹, la pandémie de COVID-19 constitue une situation sans précédent. De nouvelles études de validité peuvent être nécessaires pour déterminer si la pandémie a augmenté le nombre relatif de résultats positifs au dépistage se révélant être en réalité de faux positifs d'après un diagnostic clinique. De plus, les tendances fondées sur le diagnostic clinique de TDM peuvent être différentes.
- La nature transversale des données de l'ECMS empêche d'établir la chronologie exacte des événements et de tirer des conclusions concernant la nature causale des associations.

Conclusion

La dépression est une maladie chronique très récurrente qui cause des souffrances importantes et qui entraîne un risque accru de mortalité^{44,51}. L'Organisation mondiale de la santé a déterminé que la dépression est l'une des principales causes d'invalidité à l'échelle mondiale, et qu'elle contribue largement au fardeau global de la maladie⁵². L'ECMS a été réalisée de septembre à décembre 2020, période pendant laquelle les cas de COVID-19, les hospitalisations et les décès ont augmenté. On ne comprend pas encore très bien quelles seront les répercussions psychologiques et économiques des confinements. Étant donné la nature récurrente du TDM et la probabilité que des événements moins graves puissent entraîner des épisodes ultérieurs^{12,13,44}, la hausse récente de la prévalence du TDM, notamment chez les jeunes adultes, est préoccupante. Nos constatations soulignent la nécessité de définir des approches fondées sur des données probantes pour l'évaluation et le traitement des troubles dépressifs pouvant être mis en œuvre par des programmes de santé publique, afin de répondre aux besoins d'un nombre accru de personnes présentant des symptômes évocateurs d'un TDM pendant la pandémie, plutôt que de compter uniquement sur les services cliniques existants.

Bien que la prestation de services de santé mentale relève de la compétence des provinces et des territoires, la planification doit reposer sur des estimations nationales à jour de la prévalence et des

facteurs de risque associés à des maladies comme le TDM. Cette planification pourrait inclure le fait de déterminer des moyens de rendre plus accessibles des traitements pour les troubles dépressifs fondés sur des données probantes, comme la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie à distance. Il est important d'envisager des stratégies d'intervention susceptibles d'améliorer les facteurs de protection, comme le fait d'identifier des moyens de promouvoir l'appartenance à la communauté. Une surveillance continue est essentielle pour déterminer si les taux de prévalence élevés de TDM persistent.

Remerciements

Nous tenons à remercier Mary Sue Devereaux et Dawn Slawewski pour leur aide à la rédaction, ainsi que l'équipe d'enquête de Statistique Canada (David Laferriere, Leslie Poon, Ayan Haji Egeh et Melanie Hoover) et Wendy Thompson (directrice par intérim de l'Agence de la santé publique du Canada) pour leurs commentaires et leur soutien. Les commentaires très pertinents formulés par la D^{re} Kathy Georgiades, rédactrice invitée, et les pairs anonymes ayant relu cet article ont permis de renforcer considérablement son propos.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

MS et LT ont conçu le projet. MS et LT ont choisi l'approche analytique. MS a réalisé les analyses statistiques. MS, LT, AG, MW, SP, AMR, DLB et HM ont interprété les résultats. MS a rédigé et relu le manuscrit en réponse aux commentaires formulés par LT, AG, MW, SP, AMR, DLB et HM.

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

Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Geneva (CH): OMS; [modifié le 31 juillet 2020; consulté le 18 avril 2021]. En ligne à : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>

2. Institut canadien d'information sur la santé. Calendrier des interventions liées à la COVID-19 au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [modifié le 18 avril 2021; consulté le 18 avril 2021]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/calendrier-des-interventions-liees-a-la-covid-19-au-canada>
3. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Intern Med.* 2020; 180(6):817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
4. Statistique Canada. La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après six mois. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; sept. 2020. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-631-x/11-631-x2020003-fra.pdf?st=bxRrAnwr>
5. Gunn H, McCormack S. Répercussions de la COVID-19 sur la violence conjugale et la maltraitance des enfants. Ottawa (Ont.) : ACMTS; déc. 2020. En ligne à : <https://covid.cadth.ca/fr/quickstarts-fr/lincidence-de-la-covid-19-sur-la-violence-conjugale-et-la-maltraitance-des-enfants/>
6. Brown GW, Harris TO. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. New York (NY): Free Press; 1978.
7. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry.* 1999;156(6):837-841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
8. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol.* 1997;48:191-214. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
9. Monroe SM, Harkness KL. Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychol Rev.* 2005;112(2):417-445. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.417>

10. Monroe SM, Slavich GM, Torres LD, Gotlib IH. Major life events and major chronic difficulties are differentially associated with history of major depressive episodes. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(1):116-124. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.116>
11. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1992;149(8):999-1010. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.8.999>
12. Stroud CB, Davila J, Moyer A. The relationship between stress and depression in first onsets versus recurrences: a meta-analytic review. *J Abnorm Psychol.* 2008;117(1):206-213. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.206>
13. Stroud CB, Davila J, Hammen C, Vrshek-Schallhorn S. Severe and nonsevere events in first onsets versus recurrences of depression: evidence for stress sensitization. *J Abnorm Psychol.* 2011;120(1):142-154. <https://doi.org/10.1037/a0021659>
14. Li J, Wang H, Li M, et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction.* 2020;115(7):1224-1243. <https://doi.org/10.1111/add.14935>
15. Lev-Ran S, Roerecke M, Le Foll B, George TP, McKenzie K, Rehm J. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2014;44(4):797-810. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001438>
16. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Fiest KM, Bulloch AG, Wang J. The prevalence of major depression is not changing. *Can J Psychiatry.* 2015;60(1):31-34. <https://doi.org/10.1177/070674371506000107>
17. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
18. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID 19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(11):394-414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
19. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021;295:113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
20. Flynn R, Riches E, Reid G, Rosenberg A, Niedzwiedz C. Rapid review of the impact of COVID-19 on mental health. Edinburgh: Public Health Scotland; 2020. En ligne à : <http://www.healthscotland.scot/publications/rapid-review-of-the-impact-of-covid-19-on-mental-health>
21. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO). Que sait-on des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les familles avec enfants? Hamilton (Ont.) : CCNMO; 2020. En ligne à : <https://www.nccmt.ca/fr/covid-19/covid-19-rapid-evidence-service/15>
22. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health.* 2020;16(1):57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
23. Schmitz N, Holley P, Meng X, Fish L, Jedwab J. COVID-19 and depressive symptoms: a community-based study in Quebec, Canada. *Can J Psychiatry.* 2020;65(10):733-735. <https://doi.org/10.1177/0706743720943812>
24. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord.* 2020;277:55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
25. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav.* 1978;19(1):2-21. <https://doi.org/10.2307/2136319>
26. Gadalla TM. Determinants, correlates and mediators of psychological distress: a longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2009;68(12):2199-21205. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.040>
27. Kitchen P, Williams A, Chowhan J. Sense of community belonging and health in Canada: a regional analysis. *Soc Indic Res.* 2012;107:103-126. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9830-9>
28. Michalski CA, Diemert LM, Helliwell JF, Goel V, Rosella LC. Relationship between sense of community belonging and self-rated health across life stages. *SSM Popul Health.* 2020;12:100676. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100676>
29. Nicolaisen M, Moum T, Thorsen K. Mastery and depressive symptoms: how does mastery influence the impact of stressors from midlife to old age? *J Aging Health.* 2018;30(7):1084-1107. <https://doi.org/10.1177/0898264317705782>
30. Wang J, Patten SB. The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. *Can J Psychiatry.* 2002;47(2):167-173. <https://doi.org/10.1177/070674370204700207>
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
32. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann.* 2002;32(9):509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
33. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA.* 1999;282(18):1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

34. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [modifié le 29 janvier 2021; consulté le 6 mars 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330
35. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [modifié le 30 décembre 2020; consulté le 6 mars 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr_f.pl?Function=getInstrumentList&Item_Id=1207185&UL=1V
36. Rust KF, Rao JNK. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Stat Methods Med Res.* 1996;5(3):283-310. <https://doi.org/10.1177/096228029600500305>
37. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; [modifié en 2018; consulté le 6 juin 2021]. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/fr/directives-de-consommation-dalcool-faible-risque-du-canada-brochure>
38. Fischer B, Russell C, Sabioni P, et al. Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. *Am J Public Health.* 2017;107(8):e1-e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303818>
39. Courtney KE, Mejia MH, Jacobus J. Longitudinal studies on the etiology of cannabis use disorder: a review. *Curr Addict Rep.* 2017;4(2):43-52. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0133-3>
40. Wu P, Liu X, Fang Y, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol.* 2008; 43(6):706-712. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>
41. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open.* 2018; 8(7):e019995. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019995>
42. Warheit GJ. Life events, coping, stress, and depressive symptomatology. *Am J Psychiatry.* 1979;136(4B): 502-507.
43. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-Gonzalez N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry.* 2020; 42(6):657-672. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0650>
44. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health.* 2013;34:119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
45. Patten SB, Wang JL, Williams JV, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry.* 2006;51(2):84-90. <https://doi.org/10.1177/070674370605100204>
46. Ng E, Zhang H. La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national. *Rapports sur la santé.* 2020;31(8):3-13. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000800001-fra>
47. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: a rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health.* 2020;8:100144. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>
48. Lukmanji A, Williams JVA, Bulloch AGM, Bhattarai A, Patten SB. Seasonal variation in symptoms of depression: a Canadian population based study. *J Affect Disord.* 2019; 255:142-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.040>
49. Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;377:50-58. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05803.x>
50. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2020. En ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/ccrs_depression_among_seniors_f.pdf
51. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7(Suppl 1):3-7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19617>
52. Organisation mondiale de la santé (OMS). Dépression [Internet]. Genève (CH) : OMS; [modifié le 30 janvier 2020; consulté le 6 juin 2021]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Recherche quantitative originale

Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19

Colin A. Capaldi, Ph. D.; Li Liu, M. Sc.; Raelyne L. Dopko, Ph. D.

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

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

Résumé

Introduction. Des enquêtes canadiennes du printemps et de l'été 2020 ont fait état d'une diminution de la prévalence de certains résultats en matière de santé mentale positive par rapport aux niveaux d'avant la pandémie. Nous en savons moins sur la santé mentale positive pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Nous avons comparé les données de l'automne 2020 à celles de l'année 2019 en ce qui concerne la santé mentale autoévaluée, le sentiment d'appartenance à la communauté et la satisfaction à l'égard de la vie chez les adultes, pour l'ensemble de la population et en fonction de caractéristiques sociodémographiques, en utilisant les données transversales de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (de septembre à décembre 2020) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019. Nous avons également effectué des analyses de régression pour déterminer quels facteurs sociodémographiques étaient associés au fait qu'une personne déclare à l'automne 2020 que sa santé mentale était à peu près la même ou meilleure qu'avant la pandémie.

Résultats. Moins d'adultes ont fait état d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée à l'automne 2020 (59,95 %) par rapport à 2019 (66,71 %) et d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté à l'automne 2020 (63,64 %) par rapport à 2019 (68,42 %). La satisfaction moyenne à l'égard de la vie, mesurée sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait), était plus faible à l'automne 2020 (7,19) qu'en 2019 (8,08). Les femmes, les personnes de moins de 65 ans, la population vivant en milieu urbain et les personnes n'étant pas au travail en raison de la COVID-19 étaient moins susceptibles d'affirmer que leur santé mentale était à peu près la même voire meilleure à l'automne 2020.

Conclusion. La santé mentale positive des adultes s'est révélée plus faible pendant la deuxième vague de la pandémie. Cependant, la majorité des individus ont tout de même fait état d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté. D'après nos résultats, la pandémie semble avoir eu davantage à la santé mentale de certains groupes sociodémographiques. Il est important d'assurer une surveillance continue pour veiller à améliorer et à renforcer la santé mentale de la population canadienne après la pandémie.

Mots-clés : COVID-19, coronavirus, santé mentale, satisfaction à l'égard de la vie, sentiment d'appartenance à la communauté, adultes canadiens, santé publique

Points saillants

- Moins d'adultes au Canada ont fait état d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée à l'automne 2020 (59,95 %) par rapport à 2019 (66,71 %).
- Moins d'adultes ont fait état d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté à l'automne 2020 (63,64 %) par rapport à 2019 (68,42 %).
- La satisfaction moyenne à l'égard de la vie s'est révélée plus faible à l'automne 2020 (7,19) qu'en 2019 (8,08).
- Les femmes, les personnes de moins de 65 ans, la population vivant en milieu urbain et les personnes n'étant pas au travail en raison de la COVID-19 étaient moins susceptibles d'affirmer que leur santé mentale était à peu près la même voire meilleure à l'automne 2020.

Introduction

La pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique prises en réponse à celle-ci ont bouleversé la vie des gens, mettant à rude épreuve la santé physique et mentale des Canadiens. Les préoccupations pour la santé, l'isolement physique et social, le chômage, l'incertitude et les changements dans les habitudes quotidiennes de chacun qui découlent de la pandémie sont susceptibles d'avoir une incidence sur la santé mentale des Canadiens.

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Colin Capaldi, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; tél. : 613-299-7714; courriel : colin.capaldi@phac-aspc.gc.ca

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), la santé mentale positive est « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés »^{1, p. 1}. On la définit à l'aide de résultats mesurables tels que la santé mentale autoévaluée, la satisfaction à l'égard de la vie et le sentiment d'appartenance à la communauté². En analysant ces résultats en matière de santé mentale positive, nous pouvons mieux comprendre le mieux-être de la population canadienne et vérifier de quelle manière la pandémie a pu avoir des effets disproportionnés sur la qualité de vie de certains sous-groupes de population³.

Les recherches réalisées à ce jour laissent penser que la santé mentale autoévaluée s'est détériorée au Canada pendant la pandémie. Dans sa Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC), Statistique Canada a mené pendant la pandémie un certain nombre d'enquêtes transversales auprès de sous-échantillons de répondants de l'Enquête sur la population active⁴. Le pourcentage de Canadiens (âgés de 15 ans et plus) qui ont dit être en excellente ou en très bonne santé mentale était de 68 % dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2018 et de 54 % dans la première enquête de la SEPC, qui portait sur la période du 29 mars au 3 avril 2020⁵. Les enquêtes ultérieures de la SEPC ont révélé des pourcentages similaires (55 % pour la période du 20 au 26 juillet 2020) ou même inférieurs (48 % pour la période du 4 au 10 mai 2020) de personnes disant être en excellente ou en très bonne santé mentale^{6,7}. D'après des sondages réalisés à plusieurs reprises par la firme Léger, le pourcentage d'adultes canadiens ayant répondu avoir une excellente ou une très bonne santé mentale aux questions sur l'évaluation de leur santé mentale depuis le début de la crise de la COVID-19 a varié entre 29 % et 46 % depuis avril 2020⁸.

De manière plus générale, des enquêtes représentatives menées au printemps 2020 ont révélé qu'entre 4 et 5 adultes canadiens sur 10 ont fait état d'une détérioration de leur santé mentale⁹⁻¹¹ et les données de l'ESCC de l'automne 2020 ont révélé qu'entre 3 et 4 Canadiens sur 10 (âgés de 12 ans et plus) ont fait état d'une détérioration de leur santé mentale¹². Dans d'autres pays (p. ex. l'Allemagne, la France et les États-Unis), les personnes

interrogées au début de 2021 ont déclaré dans des proportions similaires que leur santé émotionnelle et mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie¹³.

Au-delà de la santé mentale autoévaluée et des changements perçus dans la santé mentale, certaines données témoignent d'une diminution de la satisfaction à l'égard de la vie au Canada. Mesurée sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait), la satisfaction moyenne à l'égard de la vie chez les Canadiens (âgés de 15 ans et plus) était de 8,09 dans l'ESCC de 2018 contre 6,71 dans la troisième enquête de la SEPC (portant sur la période du 15 au 21 juin 2020)¹⁴. De plus, le Rapport mondial sur le bonheur a révélé des cotes moyennes d'évaluation de la vie inférieures au Canada et une proportion moindre de Canadiens déclarant des émotions positives en 2020 (par rapport à 2017-2019)¹⁵. Des cotes moyennes d'évaluation de la vie et de satisfaction à l'égard de la vie plus faibles ont également été observées dans d'autres pays en 2020 (p. ex. au Royaume-Uni, en Norvège et au Danemark)¹⁵.

Tout comme le risque d'être infecté par la COVID-19 ou d'en mourir varie en fonction de différents facteurs sociodémographiques^{3,16}, les recherches montrent qu'il existe également des disparités dans les effets de la pandémie sur la santé mentale au Canada. En effet, quelques-unes des enquêtes susmentionnées ont révélé une détérioration plus importante de la santé mentale perçue chez les femmes et les jeunes adultes^{5,6,9,10}. En outre, d'après certains résultats d'enquête, les parents d'enfants âgés de moins de 18 ans et les personnes qui s'identifient comme LGBTQ2+ étaient plus susceptibles de faire état d'une détérioration de leur santé mentale^{9,17}. Enfin, une baisse plus marquée de la satisfaction à l'égard de la vie a été signalée chez les jeunes adultes¹⁴.

Malgré tout, il subsiste des lacunes dans nos connaissances sur la santé mentale positive au Canada. Premièrement, la plupart des enquêtes menées pendant la pandémie se sont concentrées sur la santé mentale autoévaluée ou sur les changements perçus dans la santé mentale alors que la santé mentale positive comporte plusieurs autres facettes^{1,2}. Il est important de tenir également compte d'autres dimensions de la santé mentale positive telles que le bien-être social (p. ex. le

sentiment d'appartenance à la communauté)^{2,18}, d'autant plus que les mesures de santé publique liées à la COVID-19 limitent les interactions sociales en personne et les événements communautaires. Deuxièmement, de nombreuses analyses ont utilisé les données de 2018 pour l'estimation de la santé mentale positive avant la pandémie; mais on dispose maintenant de données plus récentes datant d'avant la pandémie, grâce à la publication des résultats de l'ESCC de 2019. Troisièmement, bien que les différences entre les hommes et les femmes sur le plan de la santé mentale positive aient été analysées, il existe peu d'analyses exhaustives fondées sur le genre qui portent sur les caractéristiques sociodémographiques et utilisent des données représentatives. Quatrièmement, les données de la plupart des enquêtes canadiennes susmentionnées ont été recueillies au printemps ou à l'été 2020. Comme le contexte qui régnait à l'automne 2020 a été différent (deuxième vague d'infections par la COVID-19, retour de nombreux enfants à l'école) et que les effets des événements stressants sur la santé mentale peuvent être retardés ou persister chez certaines personnes¹⁹⁻²¹, il est essentiel d'obtenir des estimations à jour de la santé mentale positive.

Ce travail de recherche a permis de combler ces lacunes en comparant les données l'ESCC de 2019 et les données de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) menée à l'automne 2020 sur le plan de la santé mentale autoévaluée, du sentiment d'appartenance à la communauté et de la satisfaction à l'égard de la vie²². La santé mentale autoévaluée, le sentiment d'appartenance à la communauté et la satisfaction à l'égard de la vie sont des résultats bien établis et validés qui sont inclus dans le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC^{2,23-26}. Nous avons documenté les changements dans la santé mentale positive en fonction de nombreuses caractéristiques sociodémographiques, chez l'ensemble des adultes et par genre. Outre les différences dans la prévalence des résultats en matière de santé mentale positive entre 2019 et l'automne 2020, nous avons étudié les changements perçus dans la santé mentale à l'automne 2020. Nous avons analysé, en fonction de divers facteurs sociodémographiques évalués dans l'ECSM, les probabilités qu'une personne déclare à l'automne 2020 que sa santé mentale était

à peu près la même ou meilleure qu'avant la pandémie.

Méthodologie

Données

Nous avons utilisé des données transversales recueillies entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020 dans le cadre de l'ECSM, afin d'estimer la santé mentale positive et les changements perçus en matière de santé mentale pendant la pandémie²². La population cible était constituée de personnes âgées de 18 ans et plus vivant dans les 10 provinces et les 3 capitales territoriales du Canada. Dans chaque province et chaque capitale territoriale, un échantillon aléatoire simple de logements a été sélectionné, puis un adulte par logement a été inclus dans l'échantillon²². Le Fichier de l'univers des logements a été utilisé comme base d'échantillonnage. Les personnes vivant dans des réserves, en institution et dans des logements collectifs, vacants, inactifs ou inaccessibles, ainsi que les personnes vivant dans les territoires mais en dehors des capitales ont été exclues de la base d'échantillonnage. Les répondants ont participé volontairement à l'ECSM de 2020 en remplissant un questionnaire électronique ou en se prêtant à un entretien téléphonique assisté par ordinateur. Le taux de réponse à l'ECSM a été de 53,3 %, pour un total de 14689 répondants, et nous avons analysé les données des 12344 répondants qui ont accepté de communiquer leurs données à l'ASPC.

Nous avons utilisé des données transversales recueillies entre le 2 janvier et le 24 décembre dans le cadre de la composante annuelle de l'ESCC de 2019 afin d'établir les estimations de la santé mentale positive avant la pandémie²⁷. La population cible de l'ESCC est constituée de personnes âgées de 12 ans et plus vivant dans les 10 provinces et les 3 territoires du Canada. Les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les personnes qui vivent en établissement ou dans un foyer d'accueil, dans une réserve ou d'autres établissements autochtones, et les résidents de deux régions sanitaires du Québec ont été exclus de l'ESCC et représentent moins de 3 % de la population. Pour les adultes vivant dans les provinces, l'ESCC de 2019 a eu recours à la base d'échantillonnage de l'Enquête sur la population active²⁸. Un échantillon de logements a été sélectionné, puis un

adulte par logement a été choisi pour participer à l'ESCC de 2019²⁷. La participation à l'ESCC est volontaire et se fait sous la forme d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur ou d'un entretien personnel. Pour pouvoir réaliser la comparaison avec les données de l'ECSM de 2020, seules les données des répondants âgés de 18 ans et plus ont été analysées (N = 57034; taux de réponse : 54,9 %). Les données des répondants de l'ESCC de 2019 vivant dans les territoires n'ont pas pu être analysées car, dans le cadre de l'ESCC, les données des territoires ne sont représentatives qu'après deux ans de collecte de données. Les données des territoires étant exclues de l'ensemble de données de l'ESCC de 2019, nous avons également exclu les données des capitales territoriales recueillies dans le cadre de l'ECSM de 2020 pour la comparaison entre les estimations de 2020 et celles de 2019.

Mesures

Résultats en matière de santé mentale positive

La santé mentale autoévaluée a été mesurée à l'aide des questions « En général, comment est votre santé mentale? » dans l'ECSM de 2020 et « En général, diriez-vous que votre santé mentale est...? » dans l'ESCC de 2019. Les réponses possibles étaient « Excellente », « Très bonne », « Bonne », « Passable » et « Mauvaise ». Pour les besoins de notre étude, les réponses « Excellente » et « Très bonne » ont été considérées comme correspondant à un niveau élevé de santé mentale autoévaluée².

Dans les deux enquêtes, le sentiment d'appartenance à la communauté a été mesuré à l'aide de la question « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est...? » Les réponses possibles étaient « Très fort », « Plutôt fort », « Plutôt faible » et « Très faible ». Pour les besoins de notre étude, les réponses « Très fort » et « Plutôt fort » ont été considérées comme correspondant à un fort sentiment d'appartenance à la communauté².

Les deux enquêtes ont fait appel à la question suivante pour évaluer la satisfaction à l'égard de la vie : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie "Très insatisfait" et 10 signifie "Très satisfait", quel sentiment éprouvez-vous présentement à l'égard de votre vie en général? » La satisfaction à

l'égard de la vie a été traitée comme une variable numérique².

Changement perçu de la santé mentale

Les personnes interrogées dans le cadre de l'ECSM de 2020 ont été invitées à répondre à la question suivante : « Comment évalueriez-vous votre santé mentale maintenant comparativement à avant la pandémie de COVID-19? » Les réponses possibles étaient « Beaucoup mieux maintenant », « Un peu mieux maintenant », « À peu près la même », « Un peu moins bonne maintenant » et « Beaucoup moins bonne maintenant ». Pour les besoins de notre étude, les personnes qui avaient répondu « Beaucoup mieux maintenant », « Un peu mieux maintenant » et « À peu près la même » ont été considérées comme ayant une santé mentale perçue comme stable ou meilleure^{29,30}.

Caractéristiques sociodémographiques

De nombreuses caractéristiques sociodémographiques ont été mesurées dans les deux enquêtes, notamment le genre (femme, homme), l'âge (18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 ans et plus), l'appartenance à un groupe dit « racialisé » (oui, non), le fait d'être immigrant (oui, non), le revenu du ménage (mesuré en quintiles), le milieu de résidence (urbain, rural), le niveau de scolarité du répondant (diplôme d'études secondaires ou moins, certificat/grade/diplôme d'études postsecondaires), la présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison (oui, non) et la province ou capitale territoriale. Nous avons attribué le code « membre d'un groupe "racialisé" » aux personnes faisant partie d'une minorité visible ou s'identifiant comme Autochtones, et le code « personne non "racialisée" » aux personnes s'identifiant seulement comme « blanches ». Les immigrants admis et les résidents non permanents ont reçu le code « immigrant », tandis que les personnes nées au Canada ont reçu le code « non-immigrant ». Des questions spécifiques à l'ECSM de 2020 ont été posées aux répondants sur leur activité professionnelle, notamment s'ils étaient travailleurs de première ligne, travailleurs essentiels ou s'ils n'étaient pas au travail en raison de la pandémie (c.-à-d. en raison de la fermeture d'une entreprise, d'un licenciement ou de circonstances personnelles liées à la COVID-19). Nous présentons les caractéristiques sociodémographiques de chaque échantillon dans le tableau 1.

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques, ESCC de 2019 et ECSM de 2020

Variable	ESCC de 2019 (N = 57034)	ECSM de 2020 (N = 11324)	Test du chi carré valeur p
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	
Genre			
Femme	50,80 (50,74 à 50,86)	50,78 (50,68 à 50,87)	0,733
Homme	49,20 (49,14 à 49,26)	49,22 (49,13 à 49,32)	
Âge (ans)			
18 à 34	28,36 (28,36 à 28,36)	28,21 (28,21 à 28,21)	< 0,001
35 à 49	24,58 (24,58 à 24,58)	24,29 (23,80 à 24,78)	
50 à 64	25,57 (25,57 à 25,57)	25,31 (24,82 à 25,80)	
65 et plus	21,49 (21,49 à 21,49)	22,19 (22,19 à 22,19)	
Membre d'un groupe dit « racialisé »			
Oui	27,22 (26,30 à 28,13)	26,59 (25,41 à 27,76)	0,392
Non	72,78 (71,87 à 73,70)	73,41 (72,24 à 74,59)	
Immigrant			
Oui	28,73 (27,88 à 29,59)	27,03 (25,86 à 28,20)	0,023
Non	71,27 (70,41 à 72,12)	72,97 (71,80 à 74,14)	
Milieu de résidence			
Urbain	82,91 (82,32 à 83,51)	82,30 (81,51 à 83,10)	0,231
Rural	17,09 (16,49 à 17,68)	17,70 (16,90 à 18,49)	
Niveau de scolarité			
Diplôme d'études secondaires ou moins	34,36 (33,67 à 35,06)	31,22 (29,96 à 32,48)	< 0,001
Études postsecondaires	65,64 (64,94 à 66,33)	68,78 (67,52 à 70,04)	
Enfants de moins de 18 ans à la maison			
Oui	23,00 (22,40 à 23,59)	27,58 (26,64 à 28,52)	< 0,001
Non	77,00 (76,41 à 77,60)	72,42 (71,48 à 73,36)	
Revenu médian du ménage (en \$ CA)	85483 (83 529, 87 437)	83320 (80 559, 86 082)	

Abbreviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

Remarque : Les données des capitales territoriales (N = 1 020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 de ce tableau afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données des mêmes espaces géographiques.

Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Pour tenir compte de la conception complexe des enquêtes et fournir des résultats représentatifs à l'échelle nationale, nous avons pondéré les estimations à l'aide de poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada. Pour estimer les erreurs types, les coefficients de variation et les intervalles de confiance à 95 %, nous avons appliqué des poids *bootstrap*.

Nous avons estimé le pourcentage de personnes ayant déclaré un niveau élevé de

santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté ainsi que le niveau moyen de satisfaction à l'égard de la vie dans les deux enquêtes. Nous avons utilisé la procédure SURVEYMEANS de SAS pour calculer les valeurs de différence entre chacun de ces résultats en matière de santé mentale positive dans les deux enquêtes. Les différences ont été jugées significatives lorsque les valeurs *p* étaient inférieures à 0,05 et lorsque les valeurs de différence étaient comprises dans un intervalle de confiance à 95 % excluant zéro. Pour examiner les différences dans les résultats de 2019 et ceux de l'automne 2020 en ce qui concerne la santé mentale positive de sous-populations particulières, nous avons

effectué des analyses supplémentaires dont les résultats ont été stratifiés selon les caractéristiques sociodémographiques mesurées dans les deux enquêtes. Nous avons utilisé de manière prudente des intervalles de confiance qui ne se chevauchent pas pour les valeurs de différence dans le but de cerner les différences significativement supérieures ou inférieures entre 2019 et l'automne 2020 pour un groupe sociodémographique par rapport à un autre.

En ce qui concerne le changement perçu de la santé mentale par rapport à avant la pandémie, nous avons estimé le pourcentage de personnes qui ont déclaré en 2020 avoir une santé mentale stable ou meilleure dans l'ensemble de la population et selon les caractéristiques sociodémographiques. Pour déterminer quelles personnes sont plus susceptibles ou, à l'inverse, moins susceptibles de déclarer avoir une santé mentale stable ou améliorée, nous avons effectué des analyses de régression logistique à une variable en incluant chaque variable sociodémographique comme variable explicative (modèles non corrigés) et une analyse de régression logistique à variables multiples en incluant simultanément les variables sociodémographiques comme variables explicatives (modèle corrigé). Les données des capitales territoriales ont été incluses dans ces analyses.

Toutes les analyses ont également été effectuées séparément pour les hommes et les femmes (les effectifs réduits des cellules n'a pas permis d'effectuer des analyses distinctes pour les personnes ayant déclaré une autre identité de genre différente).

Résultats

Santé mentale autoévaluée

Les résultats en matière de santé mentale autoévaluée figurent dans le tableau 2. Dans l'ensemble, 59,95 % des adultes au Canada ont déclaré un niveau élevé de santé mentale autoévaluée en 2020, un pourcentage significativement inférieur au pourcentage de 66,71 % observé en 2019.

Tant les hommes que les femmes étaient significativement moins nombreux à faire état d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée pendant la pandémie, avec 64,50 % des hommes en 2020 (comparativement à 69,25 % en 2019) et 55,68 %

des femmes en 2020 (comparativement à 64,33 % en 2019). La prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes de moins de 65 ans, mais pas chez les femmes de 65 ans et plus. Chez les hommes, la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était aussi significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les moins de 65 ans, mais significativement plus élevée en 2020 qu'en 2019 chez les 65 ans et plus.

Un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 chez les femmes et les hommes « blancs », ainsi que chez les femmes dites « racialisées » (mais pas chez les hommes). De même, un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 chez les femmes et les hommes nés au Canada, ainsi que chez les femmes immigrantes (mais pas chez les hommes).

La prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes avec enfants à la maison et celles sans, mais la différence était presque deux fois plus importante chez les femmes avec enfants à la maison. Du côté des hommes avec ou sans enfants à la maison, la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était aussi significativement plus faible en 2020 qu'en 2019.

Un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 dans les quatre quintiles de revenu les plus élevés chez les femmes et les trois quintiles de revenu les plus élevés chez les hommes. La prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes ayant fait des études postsecondaires et chez celles n'en ayant pas fait, mais la différence était plus de deux fois plus importante chez celles n'ayant pas fait d'études postsecondaires. Un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était aussi significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 chez les hommes ayant fait des études postsecondaires (mais pas chez les hommes ayant fait des études secondaires ou inférieures).

La prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les hommes et les femmes vivant en milieu urbain, ainsi que chez les femmes (mais pas les hommes) vivant en milieu rural. Dans l'analyse combinée, un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 dans toutes les provinces, sauf en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec.

Sentiment d'appartenance à la communauté

Les résultats sur le sentiment d'appartenance à la communauté figurent dans le tableau 3. Le pourcentage d'adultes au Canada ayant déclaré un fort sentiment d'appartenance à la communauté était de 63,64 % en 2020, un pourcentage significativement inférieur au pourcentage de 68,42 % observé en 2019.

Un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement moins fréquent chez les femmes en 2020 (63,61 %) qu'en 2019 (69,58 %) et moins fréquent chez les hommes en 2020 (63,74 %) qu'en 2019 (67,25 %). La prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les hommes de moins de 65 ans, mais significativement plus élevée en 2020 qu'en 2019 chez les hommes de 65 ans et plus. Du côté des femmes, un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 chez les 18 à 34 ans et les 50 à 64 ans (les premières présentant une différence plus de quatre fois supérieure aux secondes), mais il n'y avait pas de différence significative en 2020 par rapport à 2019 chez les 35 à 49 ans et les 65 ans et plus.

Un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 chez les femmes dites « racialisées » et les femmes « blanches » (bien que la différence soit presque trois fois plus importante chez les premières), ainsi que chez les hommes dits « racialisés » (mais pas chez les hommes « blancs »).

La prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes et les hommes immigrants

ainsi que chez les femmes et les hommes nés au Canada.

Un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 chez les femmes et les hommes ayant des enfants à la maison, ainsi que chez les femmes (mais pas les hommes) n'ayant pas d'enfants à la maison.

La prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes de tous les quintiles de revenu. Du côté des hommes, seuls les deux quintiles de revenu les plus élevés présentaient une prévalence significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 pour les personnes ayant fait des études postsecondaires, mais pas pour celles ayant fait des études secondaires ou inférieures.

La prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes et les hommes vivant en milieu urbain, ainsi que chez les femmes (mais pas les hommes) vivant en milieu rural. Dans l'analyse combinée, un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement moins fréquent en 2020 qu'en 2019 dans toutes les provinces, sauf au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec et en Saskatchewan. Au Québec, la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté était significativement plus élevée en 2020 qu'en 2019.

Satisfaction à l'égard de la vie

Les résultats sur la satisfaction à l'égard de la vie figurent dans le tableau 4. Chez les adultes au Canada, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était de 7,19 en 2020, une moyenne significativement inférieure à la moyenne de 8,08 enregistrée en 2019. La satisfaction moyenne à l'égard de la vie était significativement plus faible chez les femmes et les hommes pendant la pandémie, bien que la différence entre 2019 et 2020 ait été plus importante chez les femmes (de 8,10 à 7,12) que chez les hommes (de 8,05 à 7,28). Chez les hommes comme chez les femmes, la satisfaction

TABEAU 2
Prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)		% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)		% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	
Résultats globaux	66,71 (66,00 à 67,41)	59,95 (58,68 à 61,22)	6,76* (5,33 à 8,19)	64,33 (63,35 à 65,31)	55,68 (53,87 à 57,49)	8,65* (6,58 à 10,71)	69,25 (68,22 à 70,27)	64,50 (62,60 à 66,39)	4,75* (2,64 à 6,85)
Âge (ans)									
18 à 34	60,47 (58,85 à 62,08)	50,64 (47,60 à 53,69)	9,82* (6,49 à 13,16)	55,81 (53,68 à 57,94)	44,68 (40,48 à 48,87)	11,14* (6,44 à 15,83)	65,28 (62,94 à 67,61)	56,84 (52,33 à 61,35)	8,44* (3,50 à 13,39)
35 à 49	66,30 (64,78 à 67,82)	57,16 (54,63 à 59,70)	9,14* (6,16 à 12,12)	63,71 (61,62 à 65,79)	51,32 (47,75 à 54,89)	12,39* (8,19 à 16,59)	68,93 (66,86 à 70,99)	63,01 (59,47 à 66,55)	5,92* (1,79 à 10,04)
50 à 64	70,44 (69,05 à 71,83)	62,00 (59,73 à 64,27)	8,44* (5,75 à 11,14)	68,86 (66,90 à 70,83)	60,04 (56,75 à 63,32)	8,83* (5,05 à 12,61)	72,05 (69,99 à 74,12)	63,97 (60,58 à 67,37)	8,08* (4,01 à 12,15)
65 et plus	71,17 (70,16 à 72,17)	72,49 (70,36 à 74,62)	-1,32 (-3,68 à 1,03)	70,59 (69,21 à 71,96)	68,30 (65,32 à 71,28)	2,29 (-1,01 à 5,58)	71,85 (70,42 à 73,28)	77,35 (74,39 à 80,30)	-5,50* (-8,77 à -2,22)
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	64,85 (63,17 à 66,53)	60,78 (57,81 à 63,76)	4,07* (0,66 à 7,47)	60,92 (58,57 à 63,26)	54,02 (49,68 à 58,36)	6,90* (1,96 à 11,83)	69,00 (66,54 à 71,46)	67,03 (62,94 à 71,12)	1,97 (-2,74 à 6,68)
Non	67,46 (66,72 à 68,21)	59,66 (58,26 à 61,06)	7,80* (6,22 à 9,39)	65,50 (64,47 à 66,53)	56,35 (54,45 à 58,25)	9,15* (6,96 à 11,34)	69,58 (68,49 à 70,66)	63,37 (61,25 à 65,49)	6,21* (3,85 à 8,57)
Immigrant									
Oui	68,62 (67,19 à 70,05)	64,00 (61,24 à 66,77)	4,62* (1,55 à 7,68)	65,62 (63,45 à 67,79)	58,52 (54,44 à 62,60)	7,10* (2,52 à 11,69)	71,72 (69,58 à 73,86)	68,74 (64,78 à 72,70)	2,98 (-1,50 à 7,46)
Non	65,96 (65,16 à 66,75)	58,38 (56,92 à 59,84)	7,58* (5,93 à 9,22)	63,74 (62,66 à 64,82)	54,68 (52,69 à 56,67)	9,06* (6,79 à 11,32)	68,34 (67,22 à 69,47)	62,65 (60,47 à 64,82)	5,70* (3,30 à 8,09)
Revenu du ménage									
Q1 (le moins élevé)	57,33 (55,75 à 58,92)	58,82 (55,95 à 61,69)	-1,49 (-4,77 à 1,79)	55,97 (53,95 à 57,99)	54,50 (50,74 à 58,27)	1,47 (-2,83 à 5,76)	59,30 (56,78 à 61,82)	63,54 (59,36 à 67,72)	-4,24 (-9,09 à 0,61)
Q2	65,85 (64,37 à 67,32)	60,44 (57,56 à 63,32)	5,41* (2,20 à 8,61)	63,80 (61,70 à 65,90)	55,47 (51,62 à 59,32)	8,33* (3,91 à 12,74)	68,22 (66,10 à 70,35)	65,78 (61,39 à 70,18)	2,44 (-2,36 à 7,24)
Q3	68,64 (67,03 à 70,25)	58,23 (55,24 à 61,22)	10,41* (7,08 à 13,74)	67,13 (64,78 à 69,48)	57,26 (53,19 à 61,34)	9,86* (5,21 à 14,52)	70,27 (68,16 à 72,38)	59,36 (54,81 à 63,92)	10,90* (5,87 à 15,94)
Q4	70,00 (68,36 à 71,63)	60,59 (57,34 à 63,85)	9,40* (5,77 à 13,04)	67,56 (65,25 à 69,88)	53,96 (49,28 à 58,65)	13,60* (8,34 à 18,86)	72,20 (69,88 à 74,51)	67,03 (62,68 à 71,39)	5,16* (0,27 à 10,05)
Q5 (le plus élevé)	71,80 (70,09 à 73,51)	61,83 (58,45 à 65,22)	9,97* (6,24 à 13,70)	68,81 (66,37 à 71,26)	54,20 (49,29 à 59,11)	14,62* (9,21 à 20,02)	74,47 (72,12 à 76,81)	68,84 (64,07 à 73,60)	5,63* (0,32 à 10,94)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	(IC à 95 %)
Milieu de résidence									
Urbain	66,48 (65,67 à 67,28)	58,54 (57,07 à 60,02)	7,93* (6,27 à 9,60)	63,81 (62,69 à 64,93)	54,34 (52,29 à 56,39)	9,48* (7,13 à 11,83)	69,35 (68,18 à 70,52)	62,97 (60,76 à 65,18)	6,38* (3,94 à 8,82)
Rural	67,83 (66,63 à 69,02)	66,08 (63,45 à 68,72)	1,74 (-1,13 à 4,61)	66,92 (65,23 à 68,61)	61,34 (57,78 à 64,89)	5,58* (1,69 à 9,48)	68,75 (67,07 à 70,44)	71,38 (67,62 à 75,14)	-2,63 (-6,80 à 1,54)
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou inférieures	60,53 (59,32 à 61,75)	58,11 (55,61 à 60,60)	2,43 (-0,35 à 5,21)	58,31 (56,61 à 60,02)	53,90 (50,53 à 57,27)	4,41* (0,60 à 8,23)	62,81 (60,96 à 64,65)	62,61 (58,95 à 66,28)	0,20 (-3,90 à 4,29)
Études postsecondaires	69,88 (69,04 à 70,73)	60,74 (59,22 à 62,26)	9,14* (7,45 à 10,83)	67,27 (66,11 à 68,43)	56,37 (54,27 à 58,47)	10,91* (8,54 à 13,27)	72,72 (71,54 à 73,91)	65,38 (63,10 à 67,65)	7,35* (4,82 à 9,88)
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	69,52 (68,10 à 70,94)	59,19 (56,80 à 61,59)	10,33* (7,60 à 13,06)	65,78 (63,84 à 67,72)	52,28 (48,89 à 55,66)	13,50* (9,59 à 17,41)	73,88 (71,85 à 75,92)	66,59 (63,19 à 69,99)	7,29* (3,40 à 11,18)
Non	65,84 (65,04 à 66,65)	60,29 (58,72 à 61,86)	5,55* (3,81 à 7,29)	63,85 (62,74 à 64,96)	57,05 (54,86 à 59,24)	6,80* (4,37 à 9,24)	67,92 (66,74 à 69,10)	63,79 (61,47 à 66,11)	4,13* (1,57 à 6,69)
Province/territoire									
Alberta	66,78 (64,77 à 68,79)	53,28 (49,90 à 56,66)	13,50* (9,57 à 17,44)	64,03 (61,21 à 66,85)	47,09 (42,43 à 51,75)	16,94* (11,51 à 22,37)	69,49 (66,60 à 72,39)	59,40 (54,29 à 64,52)	10,09* (4,28 à 15,90)
Colombie-Britannique	64,26 (62,41 à 66,11)	55,56 (52,05 à 59,06)	8,70* (4,71 à 12,70)	60,54 (57,76 à 63,32)	51,16 (46,59 à 55,74)	9,38* (3,98 à 14,78)	68,44 (65,82 à 71,06)	60,16 (54,85 à 65,46)	8,29* (2,32 à 14,25)
Manitoba	63,46 (60,37 à 66,56)	54,17 (50,66 à 57,68)	9,29* (4,61 à 13,97)	63,16 (58,96 à 67,36)	49,20 (44,36 à 54,03)	13,96* (7,59 à 20,34)	63,73 (59,11 à 68,35)	60,30 (54,89 à 65,72)	3,43 (-3,64 à 10,49)
Nouveau-Brunswick	63,07 (60,13 à 66,02)	52,24 (48,47 à 56,01)	10,83* (6,09 à 15,57)	61,51 (57,42 à 65,61)	51,31 (46,31 à 56,31)	10,20* (3,78 à 16,62)	64,89 (60,23 à 69,55)	53,22 (47,42 à 59,02)	11,67* (4,11 à 19,24)
Terre-Neuve-et-Labrador	68,74 (65,49 à 71,99)	62,64 (59,04 à 66,25)	6,10* (1,16 à 11,04)	68,38 (63,82 à 72,93)	58,82 (53,89 à 63,76)	9,56* (2,66 à 16,45)	69,13 (64,64 à 73,63)	66,83 (61,55 à 72,11)	2,30 (-4,58 à 9,19)
Nouvelle-Écosse	62,05 (58,88 à 65,22)	57,40 (53,64 à 61,15)	4,65 (-0,13 à 9,43)	60,13 (56,26 à 63,99)	48,84 (44,52 à 53,17)	11,28* (5,54 à 17,02)	64,24 (59,85 à 68,64)	66,55 (60,37 à 72,73)	-2,31 (-9,62 à 5,00)
Ontario	65,59 (64,27 à 66,91)	58,90 (56,41 à 61,39)	6,69* (3,91 à 9,47)	63,63 (61,87 à 65,40)	54,19 (50,73 à 57,65)	9,45* (5,56 à 13,33)	67,69 (65,71 à 69,68)	63,96 (60,30 à 67,63)	3,73 (-0,35 à 7,81)
Île-du-Prince Édouard	60,85 (56,81 à 64,90)	60,26 (56,16 à 64,37)	0,59 (-5,28 à 6,45)	59,88 (54,36 à 65,41)	57,86 (53,01 à 62,70)	2,03 (-5,53 à 9,58)	62,21 (55,98 à 68,45)	62,67 (56,08 à 69,27)	-0,46 (-9,45 à 8,53)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)		% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)		% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	
Québec	71,76 (70,45 à 73,06)	70,05 (67,58 à 72,52)	1,70 (-1,03 à 4,44)	68,96 (67,06 à 70,85)	67,72 (64,42 à 71,03)	1,23 (-2,55 à 5,01)	74,64 (72,87 à 76,40)	72,58 (68,87 à 76,29)	2,06 (-2,01 à 6,13)
Saskatchewan	62,71 (58,98 à 66,43)	53,98 (50,05 à 57,90)	8,73* (3,31 à 14,15)	61,40 (56,66 à 66,14)	50,33 (45,40 à 55,27)	11,07* (4,16 à 17,97)	64,06 (58,84 à 69,28)	57,91 (51,71 à 64,11)	6,14 (-1,92 à 14,21)
Yukon (Whitehorse)	—	53,28 (47,51 à 59,05)	—	—	46,36 (39,12 à 53,61)	—	—	61,30 (52,50 à 70,09)	—
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	—	49,20 (43,07 à 55,32)	—	—	45,68 (37,66 à 53,70)	—	—	52,71 (43,61 à 61,81)	—
Nunavut (Iqaluit)	—	49,99 (42,28 à 57,70)	—	—	41,62 (31,84 à 51,40)	—	—	59,76 (48,92 à 70,61)	—

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; Q, quintile.

Remarques : Les données des capitales territoriales (N = 1 020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 de ce tableau (à l'exception des trois dernières lignes) afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données des mêmes espaces géographiques. Des valeurs positives dans les colonnes de différence signifient que le pourcentage de personnes ayant déclaré un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était plus élevé en 2019 qu'en 2020 à tandis que des valeurs négatives signifient que le pourcentage était plus faible en 2019 qu'en 2020.

* $p < 0,05$.

TABLEAU 3
Prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)		% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)		% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	
Résultats globaux	68,42 (67,72 à 69,12)	63,64 (62,36 à 64,93)	4,78* (3,34 à 6,22)	69,58 (68,63 à 70,52)	63,61 (61,90 à 65,33)	5,96* (3,99 à 7,94)	67,25 (66,22 à 68,28)	63,74 (61,83 à 65,64)	3,52* (1,35 à 5,68)
Âge (ans)									
18 à 34	62,58 (61,04 à 64,11)	51,39 (48,22 à 54,56)	11,19* (7,76 à 14,62)	64,71 (62,60 à 66,82)	48,74 (44,58 à 52,89)	15,97* (11,36 à 20,58)	60,55 (58,32 à 62,78)	54,02 (49,32 à 58,72)	6,53* (1,35 à 11,71)
35 à 49	66,99 (65,52 à 68,45)	62,74 (60,20 à 65,28)	4,25* (1,34 à 7,15)	69,19 (67,25 à 71,14)	65,51 (62,13 à 68,89)	3,68 (-0,23 à 7,60)	64,78 (62,55 à 67,01)	59,96 (56,24 à 63,69)	4,82* (0,43 à 9,21)
50 à 64	70,37 (69,04 à 71,69)	65,89 (63,61 à 68,17)	4,48* (1,88 à 7,08)	70,75 (68,92 à 72,59)	66,90 (63,71 à 70,09)	3,85* (0,17 à 7,53)	69,96 (67,93 à 71,99)	64,82 (61,48 à 68,17)	5,14* (1,24 à 9,04)
65 et plus	75,90 (74,93 à 76,87)	77,70 (75,78 à 79,63)	-1,81 (-3,98 à 0,36)	74,87 (73,46 à 76,28)	75,49 (72,79 à 78,20)	-0,62 (-3,72 à 2,47)	77,13 (75,74 à 78,51)	80,27 (77,53 à 83,02)	-3,15* (-6,23 à -0,06)

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)
	%	%		%	%				
	(IC à 95 %)	(IC à 95 %)		(IC à 95 %)	(IC à 95 %)				
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	69,42 (67,84 à 70,99)	59,84 (56,71 à 62,97)	9,58* (6,08 à 13,07)	69,96 (67,86 à 72,07)	58,34 (53,89 à 62,79)	11,62* (6,71 à 16,54)	68,89 (66,44 à 71,35)	61,08 (56,74 à 65,41)	7,82* (2,77 à 12,87)
Non	68,14 (67,38 à 68,90)	65,03 (63,60 à 66,46)	3,10* (1,51 à 4,70)	69,43 (68,44 à 70,43)	65,38 (63,51 à 67,25)	4,05* (1,93 à 6,17)	66,81 (65,69 à 67,93)	64,79 (62,65 à 66,93)	2,02 (-0,36 à 4,40)
Immigrant									
Oui	70,78 (69,30 à 72,26)	63,69 (60,89 à 66,49)	7,09* (3,98 à 10,19)	71,76 (69,74 à 73,78)	63,77 (59,76 à 67,79)	7,99* (3,58 à 12,40)	69,80 (67,65 à 71,95)	63,60 (59,67 à 67,53)	6,21* (1,71 à 10,70)
Non	67,57 (66,77 à 68,37)	63,67 (62,21 à 65,14)	3,90* (2,24 à 5,56)	68,72 (67,67 à 69,77)	63,66 (61,75 à 65,56)	5,07* (2,87 à 7,27)	66,41 (65,24 à 67,58)	63,79 (61,56 à 66,02)	2,61* (0,12 à 5,11)
Revenu du ménage									
Q1 (le moins élevé)	64,86 (63,36 à 66,36)	61,54 (58,63 à 64,46)	3,32 (-0,01 à 6,64)	65,69 (63,68 à 67,70)	61,06 (57,11 à 65,00)	4,63* (0,17 à 9,10)	63,89 (61,53 à 66,26)	62,42 (58,08 à 66,76)	1,47 (-3,57 à 6,51)
Q2	67,89 (66,42 à 69,35)	63,50 (60,55 à 66,46)	4,38* (1,09 à 7,67)	69,08 (67,14 à 71,03)	61,61 (57,76 à 65,46)	7,47* (3,14 à 11,80)	66,59 (64,41 à 68,77)	65,33 (60,93 à 69,73)	1,26 (-3,80 à 6,33)
Q3	68,03 (66,52 à 69,53)	63,29 (60,27 à 66,30)	4,74* (1,39 à 8,09)	69,30 (67,25 à 71,36)	63,66 (59,66 à 67,66)	5,64* (1,10 à 10,19)	66,73 (64,53 à 68,93)	63,00 (58,53 à 67,46)	3,73 (-1,17 à 8,63)
Q4	70,53 (68,90 à 72,16)	61,94 (58,75 à 65,13)	8,59* (5,01 à 12,17)	72,13 (69,90 à 74,36)	59,88 (55,21 à 64,55)	12,25* (7,02 à 17,49)	69,12 (66,81 à 71,43)	63,72 (59,37 à 68,08)	5,40* (0,35 à 10,44)
Q5 (le plus élevé)	70,84 (69,04 à 72,64)	64,48 (61,09 à 67,86)	6,36* (2,63 à 10,10)	72,57 (70,17 à 74,97)	65,62 (60,75 à 70,50)	6,95* (1,58 à 12,32)	69,27 (66,71 à 71,82)	63,42 (58,49 à 68,35)	5,85* (0,42 à 11,27)
Milieu de résidence									
Urbain	67,52 (66,71 à 68,33)	62,31 (60,81 à 63,82)	5,21* (3,52 à 6,90)	68,94 (67,86 à 70,02)	62,89 (60,90 à 64,89)	6,05* (3,76 à 8,34)	66,07 (64,88 à 67,25)	61,80 (59,60 à 64,01)	4,27* (1,74 à 6,79)
Rural	72,80 (71,59 à 74,01)	69,91 (67,25 à 72,57)	2,89 (-0,02 à 5,79)	72,75 (71,08 à 74,42)	67,37 (63,90 à 70,83)	5,38* (1,56 à 9,21)	72,86 (71,18 à 74,54)	72,75 (68,78 à 76,72)	0,11 (-4,13 à 4,35)
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou inférieures	67,55 (66,32 à 68,78)	65,63 (63,15 à 68,12)	1,92 (-0,86 à 4,69)	69,31 (67,69 à 70,93)	65,83 (62,46 à 69,20)	3,48 (-0,25 à 7,22)	65,89 (64,06 à 67,72)	65,44 (61,76 à 69,12)	0,45 (-3,76 à 4,67)
Études postsecondaires	68,84 (67,98 à 69,71)	62,70 (61,18 à 64,23)	6,14* (4,40 à 7,87)	69,73 (68,57 à 70,90)	62,52 (60,43 à 64,62)	7,21* (4,80 à 9,63)	67,91 (66,60 à 69,21)	62,99 (60,71 à 65,27)	4,92* (2,32 à 7,52)

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	2019–2020 (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	2019–2020 (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	2019–2020 (IC à 95 %)
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	71,11 (69,65 à 72,57)	64,83 (62,41 à 67,25)	6,28* (3,45 à 9,11)	72,11 (70,23 à 73,99)	66,49 (63,28 à 69,69)	5,62* (1,83 à 9,42)	69,94 (67,62 à 72,26)	63,05 (59,45 à 66,66)	6,89* (2,60 à 11,18)
Non	67,59 (66,77 à 68,41)	63,21 (61,70 à 64,72)	4,38* (2,68 à 6,07)	68,74 (67,65 à 69,82)	62,46 (60,41 à 64,51)	6,28* (3,93 à 8,63)	66,48 (65,27 à 67,70)	64,06 (61,80 à 66,33)	2,42 (-0,15 à 4,99)
Province/territoire									
Alberta	68,36 (66,34 à 70,37)	59,83 (56,53 à 63,13)	8,52* (4,56 à 12,49)	68,18 (65,18 à 71,19)	60,54 (56,12 à 64,95)	7,65* (2,18 à 13,11)	68,54 (65,73 à 71,36)	59,18 (54,25 à 64,11)	9,36* (3,72 à 15,01)
Colombie-Britannique	70,57 (68,73 à 72,41)	61,85 (58,47 à 65,23)	8,71* (4,87 à 12,55)	72,45 (70,08 à 74,83)	62,97 (58,59 à 67,35)	9,49* (4,56 à 14,41)	68,73 (65,94 à 71,53)	60,46 (55,41 à 65,51)	8,27* (2,43 à 14,11)
Manitoba	73,09 (70,20 à 75,98)	60,08 (56,52 à 63,63)	13,01* (8,42 à 17,61)	74,56 (70,89 à 78,23)	59,81 (54,94 à 64,69)	14,75* (8,68 à 20,81)	71,73 (67,53 à 75,93)	60,96 (55,52 à 66,39)	10,77* (3,90 à 17,64)
Nouveau-Brunswick	74,20 (71,42 à 76,98)	70,01 (66,41 à 73,62)	4,19 (-0,27 à 8,64)	75,07 (71,36 à 78,78)	68,98 (64,35 à 73,61)	6,09* (0,11 à 12,07)	73,42 (69,34 à 77,51)	71,10 (65,36 à 76,84)	2,32 (-4,47 à 9,11)
Terre-Neuve-et-Labrador	79,25 (76,40 à 82,10)	74,18 (70,64 à 77,71)	5,07* (0,59 à 9,55)	80,08 (75,98 à 84,19)	73,33 (68,77 à 77,89)	6,76* (0,57 à 12,95)	78,38 (73,87 à 82,89)	75,30 (69,77 à 80,83)	3,07 (-3,87 à 10,02)
Nouvelle-Écosse	74,72 (72,09 à 77,35)	68,30 (64,72 à 71,89)	6,41* (1,99 à 10,84)	75,64 (72,54 à 78,75)	68,18 (63,95 à 72,41)	7,46* (2,22 à 12,71)	73,75 (69,75 à 77,75)	68,49 (62,50 à 74,48)	5,25 (-1,93 à 12,44)
Ontario	69,81 (68,49 à 71,13)	63,26 (60,76 à 65,76)	6,55* (3,77 à 9,33)	71,29 (69,59 à 72,98)	62,52 (59,20 à 65,85)	8,76* (5,10 à 12,42)	68,26 (66,32 à 70,21)	64,11 (60,45 à 67,76)	4,16 (-0,03 à 8,34)
Île-du-Prince-Édouard	73,73 (69,87 à 77,60)	72,08 (68,36 à 75,80)	1,65 (-3,65 à 6,96)	72,09 (67,01 à 77,17)	68,61 (63,96 à 73,25)	3,49 (-3,61 à 10,58)	75,88 (69,98 à 81,77)	75,80 (70,06 à 81,55)	0,07 (-8,04 à 8,18)
Québec	61,44 (60,15 à 62,74)	64,96 (62,34 à 67,57)	-3,51* (-6,37 à -0,65)	62,45 (60,60 à 64,30)	65,65 (62,26 à 69,03)	-3,20 (-7,12 à 0,72)	60,41 (58,50 à 62,33)	64,37 (60,27 à 68,47)	-3,95 (-8,42 à 0,51)
Saskatchewan	74,67 (71,82 à 77,52)	70,93 (67,33 à 74,53)	3,74 (-0,93 à 8,40)	74,26 (70,39 à 78,13)	68,51 (64,12 à 72,89)	5,75 (-0,15 à 11,66)	75,07 (70,79 à 79,34)	73,53 (67,96 à 79,10)	1,54 (-5,55 à 8,63)
Yukon (Whitehorse)	—	72,37 (67,55 à 77,19)	—	—	69,05 (62,27 à 75,84)	—	—	75,63 (68,71 à 82,55)	—
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	—	74,78 (69,32 à 80,23)	—	—	77,67 (70,62 à 84,72)	—	—	71,89 (63,58 à 80,21)	—
Nunavut (Iqaluit)	—	76,48 (68,84 à 84,12)	—	—	74,81 (62,35 à 87,27)	—	—	78,43 (69,57 à 87,29)	—

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; Q, quintile; ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale.

Remarques : Les données des capitales territoriales (N = 1 020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 de ce tableau (à l'exception des trois dernières lignes) afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données des mêmes espaces géographiques. Des valeurs positives dans les colonnes de différence signifient que le pourcentage de personnes ayant déclaré un fort sentiment d'appartenance à la communauté était plus élevé en 2019 qu'en 2020, tandis que des valeurs négatives signifient que le pourcentage était plus faible en 2019 qu'en 2020.

* $p < 0,05$.

TABEAU 4
Satisfaction à l'égard de la vie en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femme			Homme		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)
	Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)		Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)		Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	
Résultats globaux	8,08 (8,05 à 8,10)	7,19 (7,14 à 7,25)	0,88* (0,82 à 0,94)	8,10 (8,07 à 8,14)	7,12 (7,04 à 7,19)	0,98* (0,90 à 1,07)	8,05 (8,02 à 8,08)	7,28 (7,20 à 7,37)	0,77* (0,68 à 0,86)
Âge (ans)									
18 à 34	8,07 (8,02 à 8,11)	6,76 (6,63 à 6,89)	1,30* (1,17 à 1,44)	8,09 (8,03 à 8,15)	6,63 (6,45 à 6,80)	1,47* (1,28 à 1,65)	8,05 (7,99 à 8,11)	6,91 (6,72 à 7,10)	1,13* (0,94 à 1,33)
35 à 49	8,06 (8,02 à 8,11)	7,14 (7,04 à 7,24)	0,92* (0,81 à 1,03)	8,04 (7,98 à 8,10)	7,06 (6,92 à 7,20)	0,98* (0,82 à 1,14)	8,08 (8,02 à 8,15)	7,23 (7,08 à 7,37)	0,86* (0,70 à 1,01)
50 à 64	8,04 (7,99 à 8,09)	7,21 (7,10 à 7,31)	0,83* (0,71 à 0,95)	8,12 (8,06 à 8,19)	7,17 (7,03 à 7,31)	0,95* (0,80 à 1,11)	7,95 (7,88 à 8,03)	7,24 (7,08 à 7,41)	0,71* (0,52 à 0,89)
65 et plus	8,15 (8,11 à 8,19)	7,79 (7,70 à 7,88)	0,36* (0,27 à 0,46)	8,16 (8,10 à 8,21)	7,69 (7,57 à 7,82)	0,46* (0,33 à 0,60)	8,15 (8,10 à 8,20)	7,90 (7,77 à 8,03)	0,25* (0,11 à 0,39)
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	7,97 (7,91 à 8,02)	6,92 (6,79 à 7,06)	1,04* (0,90 à 1,19)	7,95 (7,87 à 8,03)	6,80 (6,61 à 7,00)	1,14* (0,93 à 1,36)	8,00 (7,92 à 8,07)	7,04 (6,85 à 7,23)	0,96* (0,75 à 1,16)
Non	8,12 (8,09 à 8,14)	7,29 (7,23 à 7,35)	0,83* (0,76 à 0,89)	8,15 (8,12 à 8,19)	7,22 (7,14 à 7,30)	0,93* (0,84 à 1,02)	8,08 (8,05 à 8,12)	7,38 (7,29 à 7,47)	0,71* (0,61 à 0,80)
Immigrant									
Oui	8,06 (8,01 à 8,11)	7,11 (6,98 à 7,24)	0,95* (0,81 à 1,09)	8,08 (8,01 à 8,16)	7,01 (6,82 à 7,21)	1,07* (0,85 à 1,28)	8,04 (7,97 à 8,11)	7,19 (7,01 à 7,37)	0,85* (0,66 à 1,04)
Non	8,08 (8,06 à 8,11)	7,23 (7,17 à 7,29)	0,86* (0,79 à 0,92)	8,11 (8,07 à 8,14)	7,15 (7,07 à 7,23)	0,96* (0,87 à 1,04)	8,06 (8,03 à 8,10)	7,32 (7,23 à 7,41)	0,74* (0,64 à 0,84)
Revenu du ménage									
Q1 (le moins élevé)	7,65 (7,59 à 7,71)	7,10 (6,98 à 7,23)	0,54* (0,40 à 0,68)	7,72 (7,64 à 7,79)	7,12 (6,97 à 7,26)	0,60* (0,43 à 0,76)	7,56 (7,47 à 7,65)	7,11 (6,89 à 7,32)	0,45* (0,23 à 0,68)
Q2	8,00 (7,95 à 8,05)	7,10 (6,97 à 7,24)	0,90* (0,75 à 1,04)	8,04 (7,97 à 8,10)	6,94 (6,76 à 7,11)	1,10* (0,91 à 1,29)	7,97 (7,89 à 8,04)	7,28 (7,09 à 7,48)	0,69* (0,48 à 0,90)
Q3	8,18 (8,13 à 8,23)	7,11 (6,98 à 7,25)	1,06* (0,92 à 1,20)	8,19 (8,12 à 8,26)	7,13 (6,95 à 7,31)	1,06* (0,87 à 1,25)	8,16 (8,10 à 8,23)	7,11 (6,92 à 7,30)	1,05* (0,85 à 1,25)
Q4	8,20 (8,15 à 8,24)	7,28 (7,14 à 7,42)	0,92* (0,77 à 1,06)	8,24 (8,17 à 8,30)	7,09 (6,88 à 7,29)	1,15* (0,93 à 1,37)	8,17 (8,10 à 8,23)	7,46 (7,27 à 7,65)	0,71* (0,51 à 0,90)
Q5 (le plus élevé)	8,36 (8,31 à 8,41)	7,33 (7,20 à 7,46)	1,03* (0,89 à 1,17)	8,41 (8,35 à 8,47)	7,21 (7,02 à 7,41)	1,20* (1,00 à 1,40)	8,31 (8,24 à 8,38)	7,43 (7,24 à 7,63)	0,87* (0,67 à 1,08)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Satisfaction à l'égard de la vie en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femme			Homme		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020
	Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	(IC à 95 %)
Milieu de résidence									
Urbain	8,04 (8,01 à 8,07)	7,11 (7,04 à 7,17)	0,93* (0,86 à 1,01)	8,07 (8,03 à 8,10)	7,03 (6,94 à 7,12)	1,04* (0,94 à 1,13)	8,02 (7,98 à 8,05)	7,19 (7,10 à 7,29)	0,82* (0,72 à 0,93)
Rural	8,25 (8,21 à 8,29)	7,59 (7,48 à 7,70)	0,66* (0,55 à 0,78)	8,29 (8,23 à 8,34)	7,50 (7,36 à 7,63)	0,79* (0,64 à 0,93)	8,22 (8,17 à 8,27)	7,69 (7,51 à 7,86)	0,53* (0,35 à 0,71)
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou inférieures	7,93 (7,89 à 7,97)	7,17 (7,06 à 7,29)	0,76* (0,64 à 0,89)	7,96 (7,90 à 8,03)	7,13 (6,98 à 7,29)	0,83* (0,66 à 1,01)	7,90 (7,85 à 7,96)	7,23 (7,05 à 7,40)	0,68* (0,49 à 0,86)
Études postsecondaires	8,15 (8,13 à 8,18)	7,20 (7,14 à 7,26)	0,95* (0,88 à 1,02)	8,17 (8,13 à 8,20)	7,10 (7,02 à 7,19)	1,06* (0,97 à 1,16)	8,14 (8,10 à 8,18)	7,31 (7,22 à 7,40)	0,83* (0,73 à 0,93)
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	8,26 (8,22 à 8,30)	7,18 (7,08 à 7,28)	1,08* (0,97 à 1,19)	8,23 (8,18 à 8,29)	7,10 (6,95 à 7,24)	1,14* (0,98 à 1,29)	8,29 (8,23 à 8,35)	7,27 (7,13 à 7,42)	1,02* (0,86 à 1,17)
Non	8,02 (7,99 à 8,05)	7,20 (7,13 à 7,27)	0,82* (0,75 à 0,89)	8,06 (8,02 à 8,10)	7,13 (7,04 à 7,22)	0,93* (0,83 à 1,03)	7,98 (7,94 à 8,02)	7,29 (7,18 à 7,39)	0,70* (0,59 à 0,81)
Province/territoire									
Alberta	8,04 (7,98 à 8,10)	6,86 (6,71 à 7,01)	1,18* (1,02 à 1,34)	8,12 (8,03 à 8,21)	6,79 (6,59 à 6,98)	1,33* (1,12 à 1,55)	7,96 (7,87 à 8,04)	6,95 (6,73 à 7,17)	1,01* (0,77 à 1,25)
Colombie-Britannique	8,01 (7,95 à 8,07)	6,94 (6,79 à 7,09)	1,07* (0,91 à 1,23)	8,05 (7,97 à 8,13)	6,95 (6,78 à 7,12)	1,10* (0,91 à 1,29)	7,98 (7,90 à 8,07)	6,94 (6,71 à 7,18)	1,04* (0,78 à 1,29)
Manitoba	8,04 (7,94 à 8,13)	6,91 (6,76 à 7,07)	1,12* (0,94 à 1,30)	8,01 (7,88 à 8,15)	6,89 (6,69 à 7,10)	1,12* (0,88 à 1,36)	8,06 (7,92 à 8,20)	7,01 (6,76 à 7,25)	1,06* (0,78 à 1,34)
Nouveau-Brunswick	8,13 (8,00 à 8,25)	7,34 (7,17 à 7,51)	0,79* (0,58 à 1,00)	8,17 (8,02 à 8,32)	7,24 (7,03 à 7,46)	0,93* (0,66 à 1,20)	8,09 (7,91 à 8,28)	7,44 (7,17 à 7,71)	0,65* (0,32 à 0,98)
Terre-Neuve-et-Labrador	8,23 (8,11 à 8,36)	7,53 (7,37 à 7,69)	0,71* (0,50 à 0,91)	8,26 (8,10 à 8,42)	7,41 (7,19 à 7,64)	0,85* (0,56 à 1,13)	8,20 (8,02 à 8,39)	7,66 (7,43 à 7,88)	0,55* (0,26 à 0,84)
Nouvelle-Écosse	8,09 (7,98 à 8,19)	7,21 (7,03 à 7,40)	0,87* (0,66 à 1,08)	8,03 (7,90 à 8,15)	7,11 (6,93 à 7,29)	0,92* (0,70 à 1,14)	8,15 (8,00 à 8,31)	7,32 (6,99 à 7,65)	0,83* (0,48 à 1,18)
Ontario	8,02 (7,97 à 8,07)	7,05 (6,95 à 7,16)	0,97* (0,85 à 1,08)	8,05 (7,99 à 8,11)	6,92 (6,77 à 7,08)	1,12* (0,96 à 1,29)	7,99 (7,93 à 8,05)	7,19 (7,04 à 7,35)	0,80* (0,63 à 0,97)
Île-du-Prince Édouard	8,06 (7,93 à 8,19)	7,63 (7,46 à 7,80)	0,43* (0,22 à 0,64)	8,15 (8,00 à 8,30)	7,59 (7,41 à 7,77)	0,56* (0,33 à 0,80)	7,97 (7,74 à 8,19)	7,67 (7,40 à 7,94)	0,29 (-0,06 à 0,65)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Satisfaction à l'égard de la vie en 2019 et en 2020, résultats globaux et résultats stratifiés par genre

Variable	Analyse combinée			Femme			Homme		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Différence 2019–2020 (IC à 95 %)
	Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)		Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)		Moyenne (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	
Québec	8,21 (8,17 à 8,25)	7,75 (7,65 à 7,85)	0,46* (0,35 à 0,57)	8,20 (8,15 à 8,26)	7,71 (7,58 à 7,84)	0,49* (0,35 à 0,63)	8,22 (8,16 à 8,27)	7,80 (7,64 à 7,95)	0,42* (0,26 à 0,59)
Saskatchewan	8,11 (8,02 à 8,20)	7,19 (7,06 à 7,32)	0,92* (0,77 à 1,08)	8,23 (8,10 à 8,35)	7,13 (6,95 à 7,31)	1,10* (0,88 à 1,32)	8,00 (7,87 à 8,13)	7,27 (7,07 à 7,46)	0,73* (0,50 à 0,96)
Yukon (Whitehorse)	—	7,13 (6,90 à 7,35)	—	—	6,89 (6,60 à 7,19)	—	—	7,37 (7,04 à 7,70)	—
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	—	7,25 (7,03 à 7,46)	—	—	7,12 (6,82 à 7,42)	—	—	7,37 (7,08 à 7,67)	—
Nunavut (Iqaluit)	—	7,26 (6,92 à 7,60)	—	—	6,91 (6,41 à 7,41)	—	—	7,65 (7,29 à 8,02)	—

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; Q, quintile.

Remarques : La satisfaction à l'égard de la vie a été évaluée sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait). Les données des capitales territoriales (N = 1 020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 de ce tableau (à l'exception des trois dernières lignes) afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données des mêmes espaces géographiques. Des valeurs positives dans les colonnes de différence signifient que la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était plus élevée en 2019 qu'en 2020, tandis que des valeurs négatives signifient que la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était plus faible en 2019 qu'en 2020.

* $p < 0,05$.

Suite à la page suivante

moyenne à l'égard de la vie était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 dans tous les groupes d'âge, mais la différence chez les personnes de 65 ans et plus était moins marquée que chez les personnes de moins de 65 ans.

Une satisfaction moyenne à l'égard de la vie significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 a été observée chez les femmes et les hommes « blancs » et dits « racialisés », ainsi que chez les femmes et les hommes immigrants et nés au Canada.

La satisfaction moyenne à l'égard de la vie était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes avec enfants à la maison et celles sans enfant à la maison. Du côté des hommes, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était également significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 tant pour ceux ayant des enfants à la maison que pour ceux n'en ayant pas, bien que la différence soit plus prononcée chez le premier groupe d'hommes.

La satisfaction moyenne à l'égard de la vie était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 dans tous les quintiles de revenu, tant pour les hommes que pour les femmes. En outre, chez les hommes comme chez les femmes, une satisfaction moyenne à l'égard de la vie significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 a été observée chez les personnes ayant fait des études postsecondaires et chez celles ayant fait des études secondaires ou inférieures.

Une satisfaction moyenne à l'égard de la vie significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 a été observée chez les hommes et les femmes vivant en milieu urbain ainsi que chez ceux vivant en milieu rural, mais la différence était plus marquée pour les personnes vivant en milieu urbain. Dans l'analyse combinée, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 dans toutes les provinces, mais la différence au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard était généralement plus ténue que dans de nombreuses autres provinces.

Changement perçu de la santé mentale

Les résultats liés au changement perçu de la santé mentale figurent dans le tableau 5. Dans l'ensemble, 66,51 % des adultes au Canada ont déclaré que leur

santé mentale était demeurée stable ou s'était améliorée par rapport à avant la pandémie. Les femmes étaient significativement moins susceptibles que les hommes (62,29 % contre 70,96 %) d'indiquer que leur santé mentale était demeurée stable ou s'était améliorée, même après ajustement. Dans les analyses non ajustées et ajustées, la probabilité de déclarer une santé mentale stable ou meilleure était moindre chez les hommes de moins de 65 ans (par rapport aux hommes plus âgés) et chez les femmes de moins de 65 ans (par rapport aux femmes plus âgées).

Il n'y avait pas de différence significative dans la probabilité de déclarer une santé mentale stable ou meilleure chez les hommes et les femmes selon l'appartenance à un groupe dit « racialisé » et chez les hommes immigrants et ceux ne l'étant pas. Les femmes immigrantes étaient significativement plus susceptibles que les femmes nées au Canada d'indiquer que leur santé mentale était demeurée stable ou s'était améliorée, avant et après ajustement.

Les hommes du quintile de revenu le plus élevé et du troisième quintile de revenu le plus élevé étaient significativement moins susceptibles de faire état d'une santé mentale stable ou meilleure que les hommes du quintile de revenu le plus bas, tout comme les femmes du quintile de revenu le plus élevé (par rapport à celles du quintile de revenu le moins élevé), mais ces différences significatives ont disparu après ajustement.

Dans les analyses non ajustées et ajustées, la probabilité de déclarer une santé mentale stable ou meilleure était significativement plus faible chez les femmes et les hommes vivant en milieu urbain que chez les femmes et les hommes vivant en milieu rural.

Bien que la différence ne soit pas significative après ajustement, dans les analyses non corrigées, les femmes et les hommes ayant fait des études secondaires ou inférieures étaient significativement plus susceptibles de déclarer une santé mentale stable ou meilleure que les femmes et les hommes ayant fait des études postsecondaires. De même, dans les analyses non ajustées, mais pas dans les analyses ajustées, les hommes et les femmes ayant des enfants à la maison étaient significativement moins susceptibles de faire état

d'une santé mentale stable ou meilleure que les hommes et les femmes n'ayant pas d'enfants à la maison.

Enfin, dans l'analyse non ajustée et non stratifiée par genre, la probabilité de déclarer une santé mentale stable ou meilleure était significativement plus faible parmi les travailleurs de première ligne et les personnes qui ne travaillaient pas en raison de la COVID-19. Après ajustement pour les covariables, les travailleurs de première ligne n'étaient pas significativement moins susceptibles de faire état d'une santé mentale stable ou meilleure, mais la probabilité demeurait significativement plus faible pour les personnes qui ne travaillaient pas en raison de la COVID-19, et elle était significativement plus élevée pour les travailleurs essentiels autres que les travailleurs de première ligne.

Analyse

Cette étude nous permet de mieux comprendre l'état de la santé mentale au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. Dans l'ensemble, le nombre d'adultes au Canada qui ont déclaré un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté était moins élevé à l'automne 2020 qu'en 2019. L'écart global de 6,76 % pour le niveau élevé de santé mentale autoévaluée correspond à plus de 2 072 000 adultes ayant affirmé ne plus présenter un niveau élevé de santé mentale autoévaluée à l'automne 2020 et l'écart global de 4,78 % pour le fort sentiment d'appartenance à la communauté correspond à plus de 1 465 000 adultes ayant déclaré ne plus ressentir un fort sentiment d'appartenance à la communauté à l'automne 2020³¹. Ces personnes peuvent courir un risque accru de dépression³² et être moins susceptibles de participer à des activités civiques et politiques dans leur communauté³³. De plus, les adultes au Canada ont déclaré être moins satisfaits de leur vie en moyenne à l'automne 2020 qu'en 2019. L'écart entre 2019 et l'automne 2020 dans la satisfaction moyenne à l'égard de la vie chez les adultes au Canada représentait environ le tiers de l'écart entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ayant la satisfaction moyenne à l'égard de la vie la plus élevée et la plus faible³⁴.

TABLEAU 5
Estimations de fréquence et analyses de régression logistique effectuées avec comme variable critère la perception d'une santé mentale stable ou meilleure et avec comme variables explicatives les caractéristiques sociodémographiques, résultats globaux et résultats stratifiés par genre, ECSM de 2020

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	% (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCC (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCC (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCC (IC à 95 %)
Résultats globaux	66,51 (65,18 à 67,84)	—	—	—	—	—	—	—	—
Genre									
Femme	62,29 (60,55 à 64,04)	0,68 (0,60 à 0,76)	0,66 (0,58 à 0,75)	—	—	—	—	—	—
Homme	70,96 (68,98 à 72,93)	(Réf.)	(Réf.)	—	—	—	—	—	—
Âge (ans)									
18 à 34	58,65 (55,54 à 61,76)	0,36 (0,31 à 0,43)	0,33 (0,27 à 0,41)	52,27 (48,00 à 56,55)	0,38 (0,31 à 0,48)	0,36 (0,27 à 0,47)	65,03 (60,33 à 69,73)	0,31 (0,23 à 0,41)	0,29 (0,21 à 0,40)
35 à 49	62,39 (59,81 à 64,97)	0,43 (0,36 à 0,50)	0,41 (0,33 à 0,51)	59,74 (56,22 à 63,26)	0,52 (0,42 à 0,63)	0,53 (0,39 à 0,71)	65,11 (61,44 à 68,78)	0,31 (0,24 à 0,40)	0,29 (0,21 à 0,40)
50 à 64	67,82 (65,59 à 70,05)	0,54 (0,46 à 0,63)	0,53 (0,45 à 0,64)	64,57 (61,39 à 67,76)	0,64 (0,52 à 0,78)	0,66 (0,52 à 0,83)	71,12 (67,75 à 74,48)	0,41 (0,31 à 0,53)	0,40 (0,30 à 0,54)
65 et plus	79,56 (77,67 à 81,45)	(Réf.)	(Réf.)	74,16 (71,49 à 76,83)	(Réf.)	(Réf.)	85,82 (83,30 à 88,34)	(Réf.)	(Réf.)
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	68,15 (65,09 à 71,20)	1,11 (0,95 à 1,30)	1,25 (1,01 à 1,56)	64,66 (60,37 à 68,96)	1,15 (0,94 à 1,42)	1,15 (0,87 à 1,53)	71,57 (67,44 à 75,71)	1,05 (0,83 à 1,31)	1,37 (0,998 à 1,89)
Non	65,82 (64,33 à 67,30)	(Réf.)	(Réf.)	61,37 (59,46 à 63,28)	(Réf.)	(Réf.)	70,64 (68,46 à 72,82)	(Réf.)	(Réf.)
Immigrant									
Oui	71,03 (68,34 à 73,72)	1,34 (1,16 à 1,54)	1,31 (1,07 à 1,61)	69,62 (65,81 à 73,43)	1,54 (1,27 à 1,88)	1,61 (1,24 à 2,10)	72,38 (68,51 à 76,26)	1,11 (0,89 à 1,39)	1,06 (0,78 à 1,42)
Non	64,71 (63,21 à 66,20)	(Réf.)	(Réf.)	59,78 (57,86 à 61,69)	(Réf.)	(Réf.)	70,23 (67,96 à 72,50)	(Réf.)	(Réf.)
Revenu du ménage									
Q1 (le moins élevé)	69,67 (66,89 à 72,45)	(Réf.)	(Réf.)	64,96 (61,36 à 68,55)	(Réf.)	(Réf.)	74,70 (70,63 à 78,77)	(Réf.)	(Réf.)
Q2	68,56 (65,77 à 71,35)	0,95 (0,79 à 1,14)	1,05 (0,86 à 1,28)	63,25 (59,59 à 66,91)	0,93 (0,74 à 1,17)	1,08 (0,85 à 1,37)	74,30 (70,37 à 78,23)	0,98 (0,73 à 1,31)	0,99 (0,72 à 1,35)
Q3	63,00 (60,05 à 65,95)	0,74 (0,62 à 0,89)	0,92 (0,76 à 1,12)	59,73 (55,58 à 63,88)	0,80 (0,63 à 1,01)	1,04 (0,80 à 1,35)	66,53 (62,40 à 70,65)	0,67 (0,51 à 0,89)	0,77 (0,57 à 1,04)

Suite à la page suivante

TABLEAU 5 (suite)
Estimations de fréquence et analyses de régression logistique effectuées avec comme variable critère la perception d'une santé mentale stable ou meilleure et avec comme variables explicatives les caractéristiques sociodémographiques, résultats globaux et résultats stratifiés par genre, ECSM de 2020

Variable	Analyse combinée			Femmes			Hommes		
	% (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCC (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCC (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	RC (IC à 95 %)	RCC (IC à 95 %)
Q4	65,79 (62,31 à 69,27)	0,84 (0,68 à 1,03)	1,11 (0,89 à 1,40)	61,09 (56,36 à 65,82)	0,85 (0,66 à 1,09)	1,23 (0,92 à 1,64)	70,05 (65,18 à 74,91)	0,79 (0,58 à 1,08)	0,96 (0,68 à 1,36)
Q5 (le plus élevé)	61,53 (58,05 à 65,02)	0,70 (0,57 à 0,85)	0,93 (0,73 à 1,17)	55,96 (50,97 à 60,96)	0,69 (0,53 à 0,89)	0,96 (0,71 à 1,31)	66,63 (61,59 à 71,67)	0,68 (0,49 à 0,93)	0,85 (0,59 à 1,21)
Milieu de résidence									
Urbain	65,35 (63,83 à 66,88)	0,74 (0,64 à 0,85)	0,74 (0,64 à 0,87)	61,35 (59,38 à 63,32)	0,80 (0,68 à 0,95)	0,81 (0,68 à 0,98)	69,52 (67,24 à 71,80)	0,65 (0,51 à 0,82)	0,66 (0,51 à 0,85)
Rural	71,88 (69,38 à 74,38)	(Réf.)	(Réf.)	66,45 (63,10 à 69,79)	(Réf.)	(Réf.)	77,95 (74,30 à 81,60)	(Réf.)	(Réf.)
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou inférieures	71,08 (68,60 à 73,57)	1,36 (1,19 à 1,56)	1,18 (0,999 à 1,38)	66,99 (63,76 à 70,21)	1,35 (1,14 à 1,60)	1,22 (0,995 à 1,50)	75,43 (71,77 à 79,09)	1,39 (1,11 à 1,73)	1,13 (0,88 à 1,45)
Études postsecondaires	64,34 (62,80 à 65,88)	(Réf.)	(Réf.)	60,07 (58,00 à 62,13)	(Réf.)	(Réf.)	68,83 (66,56 à 71,10)	(Réf.)	(Réf.)
Situation de travail									
Travailleur de première ligne	61,88 (57,04 à 66,73)	0,78 (0,63 à 0,98)	1,09 (0,85 à 1,38)	58,92 (52,77 à 65,07)	0,82 (0,63 à 1,07)	1,10 (0,81 à 1,48)	66,35 (58,55 à 74,14)	0,79 (0,54 à 1,13)	1,03 (0,70 à 1,50)
Travailleur essentiel autre que travailleur de première ligne	66,08 (63,04 à 69,13)	0,94 (0,81 à 1,10)	1,18 (1,001 à 1,40)	60,06 (55,83 à 64,29)	0,86 (0,71 à 1,04)	1,08 (0,87 à 1,34)	71,07 (66,77 à 75,37)	0,98 (0,77 à 1,24)	1,28 (0,99 à 1,64)
Ne travaillant pas en raison de la COVID-19	49,77 (38,14 à 61,40)	0,48 (0,30 à 0,77)	0,51 (0,30 à 0,88)	42,32 ^E (26,61 à 58,03)	0,42^E (0,21 à 0,82)	0,49 ^E (0,23 à 1,05)	— ^F	— ^F	— ^F
Autre	67,42 (65,85 à 68,98)	(Réf.)	(Réf.)	63,67 (61,66 à 65,67)	(Réf.)	(Réf.)	71,50 (69,19 à 73,81)	(Réf.)	(Réf.)
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	62,36 (59,93 à 64,80)	0,78 (0,69 à 0,88)	0,98 (0,83 à 1,16)	58,37 (54,98 à 61,77)	0,80 (0,68 à 0,94)	0,98 (0,78 à 1,23)	66,72 (63,21 à 70,22)	0,76 (0,63 à 0,92)	1,00 (0,79 à 1,27)
Non	68,04 (66,47 à 69,62)	(Réf.)	(Réf.)	63,80 (61,77 à 65,83)	(Réf.)	(Réf.)	72,48 (70,15 à 74,81)	(Réf.)	(Réf.)

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes; RCC, rapport de cotes corrigé; réf., groupe de référence.

Remarques : Des codes fictifs ont été utilisés pour créer les groupes de référence. Les estimations sont fondées sur les données des répondants de l'ECSM de 2020 vivant dans les provinces et les capitales territoriales. Les rapports de cotes statistiquement significatifs sont en gras.

^E Interpréter l'estimation avec prudence, car les données sont jugées de qualité marginale.

^F Estimation impossible à fournir, car les données ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada.

Bien que nous ayons constaté que la prévalence des résultats en matière de santé mentale positive était plus faible à l'automne 2020, la majorité des personnes interrogées à l'automne 2020 ont tout de même indiqué que leur niveau de santé mentale autoévaluée était élevé, qu'elles avaient un fort sentiment d'appartenance à leur communauté et que leur santé mentale était à peu près la même, voire meilleure qu'avant la pandémie. Ces résultats témoignent de la résistance générale de la population canadienne en pleine pandémie mondiale, mais révèlent aussi qu'un plus grand nombre de Canadiens ne jouissent pas d'une santé mentale optimale. Une revue de la littérature récente a également fait ressortir certains signes de résilience pendant la pandémie pour certains résultats en matière de santé mentale ailleurs dans le monde³⁵.

Les résultats de cette étude confirment que la pandémie a eu des effets disproportionnés sur certains groupes sociodémographiques. Par exemple, même si les personnes âgées sont les plus susceptibles d'être hospitalisées ou de mourir à cause de la COVID-19³⁶, nous avons constaté une prévalence plus faible de la santé mentale positive en 2020 qu'en 2019 chez les moins de 65 ans, et ce, de manière plus constante. Pendant la pandémie, des différences dans la santé mentale selon l'âge ont été observées dans d'autres pays, les adultes de moins de 60 ans étant plus susceptibles de souffrir de solitude que les adultes de 60 ans et plus selon une étude longitudinale menée au printemps 2020 au Royaume-Uni³⁷, et les adultes de moins de 65 ans étant plus susceptibles de signaler des symptômes d'anxiété et de dépression et des idées suicidaires que les adultes de 65 ans et plus selon une étude transversale menée à l'été 2020 aux États-Unis³⁸. Nous avons également observé une prévalence plus faible de la santé mentale positive en 2020 qu'en 2019 chez les personnes vivant en milieu urbain que chez celles vivant en milieu rural, et ce, de manière plus constante. Les mesures visant à limiter la propagation de la COVID-19 ont pu perturber davantage la vie des jeunes adultes et des personnes vivant en milieu urbain. Les liens entre milieu de résidence et âge ainsi que d'autres caractéristiques sociodémographiques pourraient expliquer pourquoi certaines variables explicatives ne sont pas restées significatives dans l'analyse à variables multiples (p. ex. le revenu et le niveau de scolarité)³⁹.

Conformément aux résultats d'autres enquêtes réalisées précédemment^{5,9,10}, nous avons constaté que la pandémie a nui davantage à la santé mentale des femmes, comme en témoignent les différences plus marquées dans la satisfaction à l'égard de la vie entre 2019 et 2020 et les probabilités inférieures de déclarer une santé mentale stable ou meilleure. La différence entre les genres dans le fait de déclarer une santé mentale stable ou meilleure était toujours présente après ajustement pour la présence d'enfants à la maison, le statut professionnel et d'autres facteurs sociodémographiques. Il est possible que les différences entre les genres dans l'utilisation du temps, qui ont été observées dans de nombreux pays pendant la pandémie, puissent expliquer ces différences en matière de santé mentale⁴⁰.

Il y avait une corrélation négative entre le fait de ne pas aller travailler en raison de la COVID-19 et le fait de déclarer une santé mentale stable ou meilleure, ce qui renforce les résultats des analyses antérieures de l'ECSM de 2020, selon lesquels la probabilité d'un dépistage positif pour un trouble de santé mentale est plus élevée chez les personnes ayant déclaré une perte de revenu ou d'emploi liée à la pandémie⁴¹. Les difficultés économiques ont également été liées à des sentiments de dépression selon les données de l'enquête sur la population active menée au printemps 2020 dans de nombreux pays européens⁴².

Ces résultats pourraient éclairer les politiques de santé publique, car ils permettent de cerner les groupes sociodémographiques et les personnes ayant des expériences précises qui pourraient bénéficier le plus d'interventions ciblées visant à promouvoir la santé mentale, directement ou indirectement, par l'amélioration des facteurs de protection ou la réduction des facteurs de risque. Il s'agit de l'une des possibilités pour encourager une reprise équitable après la pandémie.

Cette étude fait également ressortir l'importance de prendre en considération les différents résultats en matière de santé mentale positive pour bien comprendre les expériences de chacun. Par exemple, chez les hommes immigrants et « racialisés », la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée n'était pas significativement plus faible en 2020 qu'en 2019, mais nous avons relevé un sentiment

d'appartenance à la communauté moins fort pour ces groupes sociodémographiques. De même, alors que les hommes de plus de 64 ans présentaient une prévalence significativement plus importante d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté à l'automne 2020 qu'en 2019 et que les femmes de plus de 64 ans ne présentaient pas de différence significative, les deux groupes ont déclaré une satisfaction moyenne à l'égard de la vie plus faible au cours de la deuxième vague (mais à un degré moindre que les plus jeunes). De façon similaire, alors que toutes les provinces présentaient une satisfaction à l'égard de la vie significativement plus faible en moyenne à l'automne 2020, la différence était généralement plus ténue au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard, où la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté n'était pas différente ou était même plus élevée en 2020 qu'en 2019. Sur la base de ces résultats, il est recommandé que les enquêtes à venir qui s'intéressent aux répercussions de la pandémie sur la santé mentale mesurent plusieurs dimensions de la santé mentale positive.

Bien que certains de nos résultats vont dans le sens de l'idée selon laquelle la pandémie a exacerbé les inégalités préexistantes en matière de santé (p. ex. entre jeunes adultes et adultes plus âgés)³, d'autres résultats tendent à indiquer un nivellement de la santé mentale positive en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. Par exemple, alors qu'en 2019 les personnes ayant fait des études postsecondaires ont déclaré une plus grande satisfaction à l'égard de la vie et ont fait état d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée dans une plus grande proportion que celles ayant fait des études secondaires ou inférieures, les résultats en matière de santé mentale positive se sont davantage rapprochés entre les personnes de différents niveaux de scolarité à l'automne 2020. Nous avons également observé des différences moins marquées dans la satisfaction à l'égard de la vie entre les différentes tranches de revenu du ménage et entre les personnes avec enfants et celles sans enfants à l'automne 2020 par rapport à 2019. Ces exemples laissent penser que l'effet de la pandémie sur les inégalités en matière de santé est nuancé.

Forces et limites

Parmi les forces de cette étude, notons les échantillons vastes et représentatifs de

l'ESCC de 2019 et de l'ECSM de 2020, qui nous ont permis de réaliser des analyses complètes stratifiées par genre. En outre, nous avons utilisé les données les plus récentes qui datent d'avant la pandémie (données de 2019) et nous avons analysé plusieurs indicateurs de la santé mentale positive, dont une mesure du bien-être social.

En ce qui concerne les limites, les différences méthodologiques entre les deux sources de données pourraient avoir influé sur les résultats. Par exemple, les données de l'ESCC ont été recueillies tout au long de l'année, tandis que les données de l'ECSM de 2020 n'ont été recueillies que pendant l'automne. Cependant, lorsque nous avons comparé les données de l'ECSM de 2020 aux données de l'ESCC de 2019 recueillies à l'automne, nous avons tout de même observé une prévalence globale significativement plus faible d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée (différence = 5,67, IC à 95 % : 3,79 à 7,55) et d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté (différence = 4,18, IC à 95 % : 2,30 à 6,06) et une satisfaction moyenne à l'égard de la vie plus faible (différence = 0,85, IC à 95 % : 0,78 à 0,92) à l'automne 2020.

Les méthodes de participation aux enquêtes n'étaient pas les mêmes pour les deux sources de données, tout comme la distribution de certaines caractéristiques socio-démographiques. De plus, bien que la grande majorité des logements soient inclus dans les deux bases d'échantillonnage, celles-ci ne sont pas identiques, et la stratégie d'échantillonnage de l'ESCC de 2019 est plus complexe. Les répondants étaient moins susceptibles de communiquer leurs données à l'ASPC s'ils avaient répondu à l'ECSM de 2020 en ligne (plutôt que par entretien téléphonique). Les estimations de la santé mentale positive dans les capitales territoriales n'ont pas pu être calculées pour 2019, ce qui fait que les estimations des différences entre 2019 et 2020 ne sont fondées que sur les données provinciales. En outre, cette étude porte uniquement sur la santé mentale positive et les changements perçus dans la santé mentale chez les adultes, car les moins de 18 ans étaient exclus de l'ECSM de 2020. L'exclusion de certaines sous-populations des enquêtes (p. ex. les personnes vivant dans une réserve ou un établissement) limite également la généralisation. Nous avons dû nous appuyer sur le revenu du ménage autodéclaré pour l'ECSM de 2020, car l'imputation et le couplage des données

effectués pour la majorité des répondants de l'ESCC de 2019 n'ont pas été réalisés dans l'ECSM de 2020. Les variables utilisées pour coder la présence d'enfants à la maison n'étaient pas non plus identiques. En effet, nous avons attribué des codes généraux à certaines caractéristiques socio-démographiques pour que la déclaration et l'interprétation des résultats soient gérables. Les taux de réponse aux deux enquêtes étaient relativement faibles et, bien que des poids d'échantillonnage aient été utilisés pour toutes les estimations, nous ne pouvons pas exclure totalement un biais de non-réponse⁴³.

Nos analyses n'expliquent pas pourquoi les différences en matière de santé mentale positive entre 2019 et 2020 étaient absentes ou plus marquées dans certains groupes et, en adoptant une approche prudente pour comparer les différences dans l'ampleur du changement entre les groupes, il est possible que nous soyons passés à côté de certaines différences significatives^{44,45}. La prudence est particulièrement de mise lors de l'interprétation des résultats où il est question de changements perçus en matière de santé mentale, étant donné que nous ne connaissons pas l'état de santé mentale des répondants avant la pandémie et que les réponses pourraient être sujettes à des biais de rappel. Les recherches futures portant sur les changements perçus en matière de santé mentale pourraient également faire la distinction entre les personnes déclarant une santé mentale « à peu près la même » et celles déclarant une « meilleure » santé mentale. Enfin, bien que nous ayons observé une détérioration des résultats en matière de santé mentale positive, nous n'avons pas examiné dans cette étude les conséquences d'une santé mentale positive moins bonne.

Conclusion

De façon générale, la pandémie de COVID-19 semble avoir nui à la santé mentale positive au Canada. Compte tenu des vagues ultérieures et du fait que les répercussions des événements stressants sur la santé mentale peuvent être retardées ou persister chez certaines personnes¹⁹⁻²¹, il est nécessaire d'assurer une surveillance continue de la santé mentale positive et d'autres résultats en matière de santé mentale en 2021 et ultérieurement. Par exemple, les données de la deuxième ECSM qui ont été recueillies de février à mai 2021 pourraient être analysées en lien avec la santé mentale des adultes au

Canada pendant la troisième vague de la pandémie^{36,46}.

De plus, la santé mentale positive pendant et après la pandémie pourrait être située dans le contexte des changements à long terme de la santé mentale au Canada (par exemple la diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée qui avait été observée avant la pandémie, de 2015 à 2019; la baisse dans les évaluations moyennes de la vie pendant la période 2017-2019 par rapport 2008-2012)^{47,48}. Il serait également idéal de mener une étude longitudinale pour observer les changements intrapersonnels de la santé mentale au fil du temps.

De plus, étant donné que certains groupes sociodémographiques ont montré des différences plus prononcées en matière de santé mentale positive entre 2019 et 2020 et qu'ils étaient moins susceptibles de faire état d'une santé mentale stable ou meilleure, il faut assurer une surveillance continue de la santé mentale en fonction de différentes caractéristiques sociodémographiques afin de veiller à améliorer et à renforcer la santé mentale de la population canadienne après la pandémie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne présentent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

CC a conçu le projet. CC à LL et RD ont décidé de l'approche analytique. LL a effectué les analyses statistiques. CC à LL et RD. ont interprété les résultats. CC a rédigé le manuscrit et l'a révisé en fonction des commentaires de LL et de RD.

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

Références

1. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(1):1-11. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01f>

2. Varin M, Palladino E, Lary T, Baker M. Mise à jour sur la santé mentale positive chez les adultes au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2020;40(3):96-101. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.3.04f>
3. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>
4. Statistique Canada. Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC) : Information détaillée pour 2020/2021. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 14 juillet 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1261685
5. Findlay L, Arim R. Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00003-fra.htm>
6. Statistique Canada. La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après six mois [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-631-x/11-631-x2020003-fra.pdf?st=jGXfVkkT>
7. Statistique Canada. La santé mentale des Canadiens pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2020039-fra.htm>
8. Léger. Tracker nord-américain Léger : le 12 avril 2021 [Internet]. Montréal (Qc) : Association d'études canadiennes; 2020. En ligne à : <https://acs-aec.ca/wp-content/uploads/2021/04/Tracker-Nord-Am%C3%A9ricain-de-L%C3%A9ger-12-avril-2021.pdf>
9. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. Prev Med. 2021;145:106333. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106333>
10. Angus Reid Institute. Worry, gratitude & boredom: as COVID-19 affects mental, financial health, who fares better; who is worse? [Internet]. Vancouver (BC): Angus Reid Institute; 2020. En ligne à : http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.27_COVID-mental-health.pdf
11. Nanos Research. Canadians report an increase in feeling stressed regularly or all the time now compared to one month before COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Mental Health Commission of Canada; 2020. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/nanos_covid_may_2020.pdf
12. Statistique Canada. Santé des Canadiens et COVID-19, selon l'âge et le genre de la personne, estimations mensuelles [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310080601-fra>
13. Ipsos. One year of COVID-19: Ipsos survey for the World Economic Forum [Internet]. Paris : Ipsos; 2021. En ligne à : https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/wef_-_expectations_about_when_life_will_return_to_pre-covid_normal_-final.pdf
14. Helliwell JF, Schellenberg G, Fonberg J. Satisfaction à l'égard de la vie au Canada avant et pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2020020-fra.htm>
15. Helliwell JF, Huang H, Wang S, Norton M. Happiness, trust, and deaths under COVID-19. In: Helliwell JF, Layard R, Sachs JD et al. (dir.). World Happiness Report 2021. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2021. p. 13-56. En ligne à : <https://worldhappiness.report/ed/2021/happiness-trust-and-deaths-under-covid-19/>
16. Subedi R, Greenberg L, Turcotte M. Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethno-culturels du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-fra.htm>
17. Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. BMJ Open. 2021;11:e042871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>
18. Keyes CLM. Social well-being. Soc Psychol Quart. 1998;61(2):121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
19. Brown MR, Agyapong V, Greenshaw AJ, et al. After the Fort McMurray wildfire there are significant increases in mental health symptoms in grade 7-12 students compared to controls. BMC Psychiatry;19:18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2007-1>
20. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. Annu Rev Publ Health. 2014;35:169-183. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>
21. Kaplan MS, Huguet N, Caetano R, Giesbrecht N, Kerr WC, McFarland BH. Economic contraction, alcohol intoxication and suicide: analysis of the National Violent Death Reporting System. Injury Prev. 2015;21:35-41. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041215>
22. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : Information détaillée pour septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036

23. Ahmad F, Jhajj AK, Stewart DE, Burghardt M, Bierman AS. Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:398. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-398>
24. Lombardo P, Jones W, Wang L, Shen X, Goldner EM. The fundamental association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Canadian national survey. *BMC Public Health.* 2018;18:342. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5235-x>
25. Mawani FN, Gilmour H. Validation de l'autoévaluation de la santé mentale. *Rapports sur la santé.* 2010;21(3):1-16. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2010003/article/11288-fra.htm>
26. Schellenberg G, Lu C, Schimmele C, Hou F. The correlates of self-assessed community belonging in Canada: social capital, neighbourhood characteristics, and rootedness. *Soc Indic Res.* 2018;140:597-618. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1783-1>
27. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) : information détaillée pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 19 avril 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
28. Statistique Canada. Méthodologie de l'Enquête sur la population active du Canada. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017. [No 71-526-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/71-526-x/71-526-x2017001-fra.pdf>
29. Moyser M. La santé mentale des groupes de population désignés comme minorités visibles au Canada dans le contexte de la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00077-fra.htm>
30. Statistique Canada. La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200527/dq200527b-fra.htm>
31. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01. Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 juillet 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv!recreate-nonTraduit.action?pid=1710000501&selectedNodeIds=1D2%2C1D3%2C1D4%2C1D5%2C1D6%2C1D7%2C1D8%2C1D9%2C1D10%2C1D11%2C3D101&checkedLevels=1D1&refPeriods=20200101%2C20200101&dimensionLayouts=layout2%2Clayout2%2Clayout3%2Clayout2&vectorDisplay=false&request_locale=fr
32. Hoff RA, Bruce ML, Kasl SV, Jacobs SC. Subjective ratings of emotional health as a risk factor for major depression in a community sample. *Brit J Psychiat.* 1997;170(2):167-172. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.2.167>
33. Talò C, Mannarini T, Rochira A. Sense of community and community participation: a meta-analytic review. *Soc Indic Res.* 2014;117:1-28. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0347-2>
34. OCDE. Comment va la vie ? 2020 : Mesurer le bien-être. Paris : Les Éditions de l'OCDE. 2020. <https://doi.org/10.1787/23089695>
35. Akinin LB, De Neve JE, Dunn EW, et al. Mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: a review and recommendations for moving forward. *Perspect Psychol Sci.* À paraître 2021. <https://doi.org/10.31234/osf.io/zw93g>
36. Agence de la santé publique du Canada. Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2021 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/epidemiological-summary-covid-19-cases.html>
37. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Loneliness during a strict lockdown: trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Soc Sci Med.* 2020;265:113521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113521>
38. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States, June 24–30, 2020. *MMWR-Morbid Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
39. Beckstead D, Brown WM, Guo Y, Newbold KB. Villes et croissance : niveaux de gains selon les régions urbaines et rurales au Canada : le rôle du capital humain. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [Série sur l'économie canadienne en transition; No 11-622-M au catalogue, no 020]; 2010. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-622-m/11-622-m2010020-fra.pdf>
40. Giurge LM, Whillans AV, Yemiscigil A. A multicountry perspective on gender differences in time use during COVID-19. *P Natl Acad Sci USA.* 2021;118(12):e2018494118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2018494118>
41. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210318/dq210318a-fra.htm>
42. Witteveen D, Velthorst E. Economic hardship and mental health complaints during COVID-19. *P Natl Acad Sci USA.* 2020;117(44):27277-27284. <https://doi.org/10.1073/pnas.2009609117>
43. Baribeau B. Could nonresponse be biasing trends of health estimates? In: *JSM Proceedings.* Alexandria (VA): American Statistical Association. 2014; 4285-4293.
44. Cole SR, Blair RC. Overlapping confidence intervals [letter to the editor]. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41(6):1051-2. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(99\)70281-1](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)70281-1)

-
45. Schenker N, Gentleman JF. On judging the significance of differences by examining the overlap between confidence intervals. *Am Stat.* 2001;55(3): 182-6. <https://doi.org/10.1198/000313001317097960>
 46. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : Information détaillée pour février à mai 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1295371
 47. Helliwell JF, Huang H, Wang S, Norton M. Social environments for world happiness. Dans : Helliwell JF, Layard R, Sachs JD et al. (dir.). *World Happiness Report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2020. p. 12-45. En ligne à : <https://worldhappiness.report/ed/2020/social-environments-for-world-happiness/>
 48. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2019 : Comprendre l'état de santé mentale perçue des Canadiens avant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 (consultation le 19 juillet 2021). En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200806/dq200806a-fra.htm>

Recherche quantitative originale

Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19

Li Liu, M. Sc.; Colin A. Capaldi, Ph. D.; Raelyne L. Dopko, Ph. D.

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

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

Résumé

Introduction. De nombreux Canadiens font état d'une détérioration de leur santé mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19 et des inquiétudes ont été exprimées quant à une possible augmentation du nombre de suicides. Cette étude porte sur les répercussions potentielles de la pandémie sur les idées suicidaires des adultes.

Méthodologie. Nous avons comparé les idées suicidaires autodéclarées en 2020 par rapport à celles autodéclarées en 2019 en analysant les données de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (du 11 septembre au 4 décembre 2020) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019. Nous avons effectué une régression logistique pour caractériser les populations à risque plus élevé d'idées suicidaires pendant la pandémie.

Résultats. Le pourcentage d'adultes ayant fait état d'idées suicidaires depuis le début de la pandémie (2,44 %) n'est pas significativement différent du pourcentage d'adultes ayant fait état d'idées suicidaires dans les douze derniers mois en 2019 (2,73 %). De façon générale, il n'y avait pas non plus de différences significatives dans la prévalence d'idées suicidaires récentes en 2020 par rapport à 2019 dans les nombreux groupes sociodémographiques que nous avons examinés. Les facteurs de risque liés à la déclaration d'idées suicidaires pendant la pandémie étaient le fait d'être âgé de moins de 65 ans; d'être né au Canada; d'être un travailleur de première ligne; d'avoir déclaré une perte de revenu ou d'emploi en lien avec la pandémie; d'avoir fait état d'un sentiment de solitude ou d'isolement en lien avec la pandémie; de vivre ou d'avoir vécu une situation extrêmement stressante ou traumatisante au cours de sa vie et enfin d'avoir un revenu familial et un niveau d'études inférieurs.

Conclusion. Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons généralement pas observé de preuve de changements dans les idées suicidaires en raison de la pandémie. Une surveillance continue du suicide et des facteurs de risque et de protection est nécessaire pour soutenir les efforts de prévention du suicide.

Mots-clés : pandémie de COVID-19, coronavirus, idées suicidaires, adultes canadiens, santé publique

Introduction

Dès le début de la pandémie de COVID-19, des inquiétudes ont été soulevées quant aux répercussions potentielles de la pandémie et aux effets pervers des interventions en santé publique sur la santé mentale des personnes et, en particulier,

sur les résultats liés au suicide¹⁻³. En effet, les lignes d'assistance téléphonique en santé mentale au Canada ont connu une augmentation substantielle de la demande pendant la pandémie par rapport aux années précédentes⁴⁻⁶. Les données obtenues auprès de 19 services de police canadiens révèlent un plus grand nombre d'appels

Points saillants

- La présence d'idées suicidaires récentes n'a pas été significativement différente en 2020 par rapport à 2019, et ce, ni dans l'ensemble de la population, ni dans quasiment tous les groupes sociodémographiques analysés.
- Certains individus étaient plus susceptibles que d'autres de déclarer avoir envisagé le suicide depuis le début de la pandémie : les adultes de moins de 65 ans, les natifs du Canada, les travailleurs de première ligne, les personnes ayant un niveau d'études secondaires ou inférieur et un faible revenu familial, les personnes ayant vécu une situation très stressante ou traumatisante au cours de leur vie et les personnes ayant perdu leur emploi ou leur revenu ou ayant connu la solitude ou l'isolement en raison de la pandémie.

pour des services liés à la santé mentale au cours des huit premiers mois de la pandémie par rapport aux mêmes mois en 2019⁷. Des enquêtes ont indiqué que jusqu'à la moitié des Canadiens avaient déclaré que leur santé mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie⁸⁻¹⁴ et qu'environ un Canadien sur cinq a éprouvé des symptômes d'anxiété, de dépression ou de trouble de stress post-traumatique au cours de l'automne 2020¹⁵.

D'autres facteurs de risque liés au suicide ont également augmenté. Par exemple, on prévoyait que l'augmentation du taux de

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Li Liu, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; tél. : 613-314-1514; courriel : li.liu@phac-aspc.gc.ca

chômage causée par la pandémie¹⁶ entraînerait une hausse du nombre de décès par suicide au Canada et dans le monde^{17,18}. La consommation d'alcool a également été mise en cause dans les cas de suicide^{19,21} et, bien que la majorité des Canadiens interrogés ne signalent aucun changement dans leur consommation d'alcool pendant la pandémie, une partie d'entre eux déclarent avoir augmenté leur consommation^{11,22-28}. En raison des directives sur l'éloignement physique limitant les interactions sociales en personne pour réduire la propagation de la COVID-19, la solitude est devenue relativement courante : 4 adultes sur 10 au Canada ont déclaré éprouver des sentiments de solitude ou d'isolement en raison de la pandémie à l'automne 2020¹⁵. Cette situation est préoccupante, étant donné qu'un sentiment d'appartenance et de connexion avec les autres est considéré comme un besoin psychologique de base et une dimension importante d'une bonne santé mentale^{29,30}. En outre, la solitude a été associée à des idées et à des comportements suicidaires³¹. De manière plus générale, on a établi la présence d'une mortalité par suicide plus élevée (du moins dans certaines sous-populations) dans des études portant sur les répercussions de précédentes urgences de santé publique liées à des maladies infectieuses³².

Jusqu'à maintenant, il n'y a eu aucun signe d'augmentation du nombre ni de décès par suicide ni d'hospitalisations ou de visites à l'urgence liées à de l'automutilation au Canada pendant la pandémie^{33,34}. Des analyses de données provenant de 21 pays n'ont pas non plus permis d'observer un taux de mortalité par suicide plus élevé que prévu au cours des premiers mois de la pandémie, et dans certains endroits le taux de mortalité par suicide s'est même révélé plus faible que prévu³⁵. Bien que les données de nombreux services de police canadiens font état d'un plus grand nombre d'appels pour des services liés à la santé mentale depuis le début de la pandémie par rapport à 2019, on n'a pas signalé un plus grand nombre d'appels pour des services liés au suicide ou à des tentatives de suicide⁷.

Les idées suicidaires au Canada ont été évaluées pendant la pandémie dans le cadre de trois enquêtes menées par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique.

On a demandé aux répondants s'ils avaient eu des pensées ou des sentiments suicidaires à cause de la pandémie de COVID-19 au cours des deux semaines précédentes. Le pourcentage de personnes ayant répondu par l'affirmative est passé de 6 % en mai 2020 à 10 % en septembre 2020 et à 8 % en janvier 2021⁹⁻¹¹. Par comparaison, d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2016, 2,5 % des Canadiens ont déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des douze mois précédents³⁶. Ces données ont mené certaines personnes à conclure que l'idéation suicidaire est devenue plus fréquente pendant la pandémie^{24,37}.

Cependant, ces comparaisons ne sont pas idéales étant donné les différentes manières dont les enquêtes ont évalué les idées suicidaires. Par exemple, la prévalence de l'idéation suicidaire pendant la pandémie pourrait être surestimée dans la mesure où les gens pourraient avoir déclaré pas tant qu'ils envisagent sérieusement le suicide que le fait d'avoir des pensées ou des sentiments liés au suicide, susceptibles d'être plus fugaces ou ambivalents. Par ailleurs, la prévalence des idées suicidaires pendant la pandémie serait sans doute plus importante si les personnes avaient eu à décrire leurs expériences depuis le début de la pandémie (et non pas seulement au cours des deux semaines précédentes). En outre, les estimations des idées suicidaires pendant la pandémie ont été comparées à des données de 2016, mais les estimations pré-pandémiques issues de données plus récentes constitueraient une base de référence plus appropriée pour déterminer les répercussions potentielles de la pandémie.

Heureusement, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)³⁸ de 2019 et l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM)³⁹ de 2020 ont toutes deux évalué les idées suicidaires. La formulation similaire des questions sur les idées suicidaires et la taille relativement importante des échantillons dans ces deux enquêtes nous ont permis de comparer la prévalence de l'autodéclaration d'idées suicidaires sérieuses avant et pendant la pandémie dans l'ensemble de la population et au sein de divers groupes sociodémographiques.

Étant donné que d'autres enquêtes avaient suggéré que les sentiments ou les pensées suicidaires étaient plus fréquents dans

certaines sous-groupes de population depuis le début de la pandémie (en particulier les jeunes adultes, les personnes s'identifiant comme LGBTQ2+, les personnes souffrant d'un problème de santé mentale préexistant et les parents ayant des enfants de moins de 18 ans vivant à la maison)^{24,37}, nous avons étudié la manière dont la probabilité d'envisager sérieusement le suicide pendant la pandémie variait en fonction de caractéristiques sociodémographiques et d'expériences pouvant présenter un risque élevé (par exemple, être un travailleur de première ligne, avoir subi une perte de revenu ou d'emploi ou s'être senti seul ou isolé en raison de la pandémie)^{15,31,40-42}. Nous avons également stratifié les résultats selon le genre, car certaines enquêtes suggèrent que la pandémie a eu des répercussions plus négatives sur la santé mentale des femmes^{8,11,43} et parce que les retombées liées au suicide diffèrent souvent entre les hommes et les femmes⁴⁴⁻⁴⁶.

Méthodologie

Données et participants

Pour obtenir des estimations des idées suicidaires avant la pandémie de COVID-19, nous avons analysé les données de la composante annuelle de l'ESCC de 2019³⁸. Les répondants ont été interrogés entre le 2 janvier et le 24 décembre 2019. La population cible était constituée de personnes de 12 ans et plus vivant dans les provinces et les territoires³⁸. L'ESCC exclut les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant dans les réserves/établissements des Premières Nations, dans des foyers d'accueil, dans deux régions sanitaires éloignées du Québec et en institution, ces exclusions représentant moins de 3 % de la population³⁸. Statistique Canada a utilisé le cadre d'échantillonnage de l'Enquête sur la population active pour l'échantillonnage des adultes des provinces dans l'ESCC de 2019⁴⁷. Une fois un logement échantillonné, un adulte vivant dans ce logement a été sélectionné comme répondant³⁸. Les répondants remplissent volontairement l'ESCC par l'entremise d'entrevues personnelles assistées par ordinateur ou d'entrevues téléphoniques³⁸. Nous avons analysé uniquement les données pour les adultes de l'ESCC de 2019 étant donné que les moins de 18 ans ont été exclus de l'ECSM de 2020³⁹. De plus, comme les données de l'ESCC pour les répondants vivant dans les territoires ne sont publiées par Statistique Canada

qu'après deux ans consécutifs de collecte de données, nous n'avons pu analyser les données de l'ESCC de 2019 que pour les personnes vivant dans les provinces. Le taux de réponse des adultes à l'ESCC de 2019 a été de 54,9 %.

Pour obtenir des estimations des idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19, nous avons analysé les données de l'ECSM de 2020³⁹. Les répondants ont été interrogés entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020, et la population cible était constituée de personnes de 18 ans et plus vivant dans les provinces et les trois capitales territoriales³⁹. Le cadre de l'ECSM de 2020 reposait sur une répartition par province : un échantillon aléatoire simple de logements a été sélectionné dans chaque province et capitale territoriale à partir du Fichier de l'univers des logements, puis un adulte dans chaque logement a fait l'objet d'un échantillonnage pour participer à l'Enquête³⁹. Le cadre d'échantillonnage de l'ECSM de 2020 excluait les personnes des territoires vivant ailleurs que dans les capitales territoriales, les personnes vivant en institution, dans des logements collectifs/inaccessibles/inactifs/vacants et dans des réserves³⁹. Les répondants ont répondu à l'ECSM de 2020 de manière volontaire par l'entremise d'un questionnaire électronique ou d'une entrevue téléphonique assistée par ordinateur³⁹. Le nombre total de répondants à l'ECSM de 2020 a été de 14689, soit un taux de réponse de 53,3 %. Nous avons analysé les données de l'ECSM de 2020 correspondant aux 12344 répondants qui ont accepté de transmettre leurs données à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Mesures

Idées suicidaires

Les idées suicidaires au cours de la vie ont été évaluées dans les deux enquêtes en demandant aux répondants « Avez-vous déjà sérieusement envisagé le suicide? ». Pour évaluer l'idéation récente de suicide, les personnes qui ont déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider ont été invitées à répondre à la question « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? » dans l'ESCC de 2019 et à la question « Avez-vous sérieusement envisagé de vous suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19? » dans l'ECSM de 2020.

Caractéristiques sociodémographiques et expériences

Plusieurs variables sociodémographiques ont été incluses dans les deux enquêtes,

notamment l'âge, le genre, le revenu du ménage, le statut vis-à-vis de l'immigration, l'appartenance à un groupe dit « racialisé », le niveau d'études, le milieu de résidence (urbain, rural), la présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison (oui, non) et la province ou la capitale territoriale.

Nous avons codé les personnes selon trois groupes d'âge : jeunes adultes (de 18 à 34 ans), adultes d'âge moyen (de 35 à 64 ans) et adultes âgés (65 ans et plus).

Nous avons déterminé l'identité de genre en demandant aux répondants « Quel est votre genre? », avec comme options de réponse « homme », « femme » et « ou veuillez préciser ».

Nous avons codé le revenu des ménages selon trois catégories, soit les ménages à faible revenu, ceux à revenu moyen et ceux à revenu élevé.

Pour la variable du statut vis-à-vis de l'immigration, les immigrants correspondent aux immigrants reçus et aux résidents non permanents et les non-immigrants aux natifs du Canada. Les personnes appartenant à une minorité visible ou s'identifiant comme autochtones ont été codées comme membres d'un groupe dit « racialisé », tandis que les personnes s'identifiant comme blanches uniquement ont été codées comme « non racialisées ».

Nous avons codé le niveau d'études atteint le plus élevé selon deux groupes : les répondants ayant un diplôme d'études secondaires ou moins et les répondants ayant un diplôme d'études postsecondaires.

Certaines expériences potentiellement à risque élevé qui ne figuraient que dans l'ECSM de 2020 présentaient également un intérêt. On a demandé aux personnes interrogées : « Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19? », avec en particulier « perte d'emploi ou de revenu » (oui, non) et « sentiments de solitude ou d'isolement » (oui, non) parmi les choix de réponse décrivant les expériences. On a également posé aux personnes interrogées dans le cadre de l'ECSM de 2020 la question : « Avez-vous déjà vécu une situation/ un événement très stressant ou traumatisant au cours de votre vie? », avec comme choix de réponse « oui » et « non ».

Dans le cadre de l'ECSM de 2020, on a également demandé aux répondants si, au cours des sept jours précédents, ils avaient été considérés comme « travailleur essentiel » (oui, non, ne sait pas), défini comme « une personne qui travaille dans un service, une installation ou un secteur d'activité nécessaires pour préserver la vie, la santé, la sécurité publique et les fonctions sociétales de base des Canadiens ». On a également demandé aux répondants s'ils étaient considérés comme « travailleur de première ligne » (oui, non, ne sait pas), défini comme « une personne susceptible d'être en contact direct avec la COVID-19 en aidant ceux qui ont reçu un diagnostic d'infection par le virus », avec comme exemples cités les policiers, les médecins, le personnel infirmier, les pompiers et les ambulanciers. Nous avons codé les répondants comme étant des travailleurs de première ligne s'ils avaient répondu « oui » à la question sur les travailleurs de première ligne et comme étant des travailleurs essentiels ne travaillant pas en première ligne s'ils avaient répondu « oui » seulement à la question sur les travailleurs essentiels, les autres répondants ayant été codés comme ayant une situation de travail « autre ».

Analyses statistiques

Nous avons utilisé la version 7.1 du logiciel SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis) pour l'analyse des données. Toutes les estimations ont été pondérées au moyen de poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada afin de tenir compte du plan d'enquête complexe et d'obtenir des résultats représentatifs. Nous avons utilisé des poids *bootstrap* pour estimer les coefficients de variation, les erreurs-types et les intervalles de confiance à 95 %. Nous avons calculé des intervalles de confiance Clopper-Pearson lors de l'estimation de la proportion de personnes déclarant avoir des idées suicidaires afin d'obtenir une couverture adéquate même en cas de proportions faibles⁴⁸. Nous avons considéré les résultats comme statistiquement significatifs lorsque les valeurs *p* étaient inférieures à 0,05.

Le pourcentage de personnes ayant fait état d'idées suicidaires récentes en 2019 et en 2020 a été estimé à la fois globalement et pour chaque groupe sociodémographique. Des tests du chi carré ont été effectués à l'aide de PROC SURVEYFREQ pour déterminer si les estimations pour

2019 et 2020 différaient significativement. Les mêmes analyses ont aussi été effectuées pour les idées suicidaires au cours de la vie. Des analyses distinctes de régression logistique univariée pour 2019 et 2020 ont été menées pour vérifier de quelle manière la probabilité de déclarer des idées suicidaires récentes différait en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Comme les données de l'ESCC de 2019 n'incluaient pas les réponses des personnes vivant dans les territoires, les données des répondants de l'ESCC 2020 dans les capitales territoriales ont été exclues de ces analyses afin de pouvoir comparer des groupes de personnes similaires dans les deux enquêtes.

Le pourcentage de personnes rapportant des idées suicidaires récentes en fonction de certaines expériences potentiellement à risque élevé (perte d'emploi ou de revenu en lien avec la pandémie; solitude/isolément en lien avec la pandémie; situation extrêmement stressante/traumatisante au cours de la vie; travailleur de première ligne/essentiel) a également été estimé. Des analyses de régression logistique univariée ont été effectuées pour vérifier de quelle manière la probabilité de déclarer des idées suicidaires récentes pendant la pandémie différait en fonction de l'expérience vécue. Comme ces expériences potentiellement à risque élevé ont été évaluées uniquement dans l'ECSM de 2020, nous avons pu utiliser les données des répondants de l'ECSM de 2020 vivant dans les provinces et les capitales territoriales dans les analyses portant sur ces variables.

Toutes les analyses ont également été réparties par genre. Les individus ayant spécifié une identité de genre autre que « homme » et « femme » n'ont pas été inclus dans les analyses réparties par genre en raison de la taille insuffisante des échantillons (< 1,00 %).

Résultats

La répartition des caractéristiques sociodémographiques et des expériences à partir des données de l'ESCC de 2019 et l'ECSM de 2020 est présentée dans le tableau 1.

Idees suicidaires avant la pandémie par rapport à pendant la pandémie

Dans l'ensemble, le pourcentage d'adultes qui ont déclaré à l'automne 2020 avoir

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et expériences

Caractéristiques sociodémographiques	Répartition, en % (IC à 95 %)		Valeur p
	ESCC 2019 (N = 57034)	ECSM 2020 (N = 11324)	
Genre			
Femme	50,80 (50,74 à 50,86)	50,78 (50,68 à 50,87)	0,733
Homme	49,20 (49,14 à 49,26)	49,22 (49,13 à 49,32)	
Âge (ans)			
18 à 34	28,36 (28,36 à 28,36)	28,21 (28,21 à 28,21)	< 0,001
35 à 64	50,14 (50,14 à 50,14)	49,60 (49,60 à 49,60)	
65 et plus	21,49 (21,49 à 21,49)	22,19 (22,19 à 22,19)	
Membre d'un groupe dit « racialisé »			
Oui	27,22 (26,30 à 28,13)	26,59 (25,41 à 27,76)	0,392
Non	72,78 (71,87 à 73,70)	73,41 (72,24 à 74,59)	
Immigrant			
Oui	28,73 (27,88 à 29,59)	27,03 (25,86 à 28,20)	0,023
Non	71,27 (70,41 à 72,12)	72,97 (71,80 à 74,14)	
Milieu de résidence			
Urbain	82,91 (82,32 à 83,51)	82,30 (81,51 à 83,10)	0,231
Rural	17,09 (16,49 à 17,68)	17,70 (16,90 à 18,49)	
Niveau de scolarité			
Études secondaires ou moins	34,36 (33,67 à 35,06)	31,22 (29,96 à 32,48)	< 0,001
Études postsecondaires	65,64 (64,94 à 66,33)	68,78 (67,52 à 70,04)	
Enfants de moins de 18 ans à la maison			
Oui	23,00 (22,40 à 23,59)	27,58 (26,64 à 28,52)	< 0,001
Non	77,00 (76,41 à 77,60)	72,42 (71,48 à 73,36)	
Revenu médian du ménage (\$)	85483 (83529 à 87437)	83320 (80559 à 86082)	–
Expériences		ECSM 2020 (N = 12344)	
Perte d'emploi / de revenu			
Oui		25,34 (24,12 à 26,55)	
Non		74,66 (73,45 à 75,88)	
Sentiments de solitude / d'isolement			
Oui		39,00 (37,72 à 40,29)	
Non		61,00 (59,71 à 62,28)	
Situation ou événement stressant/traumatisant au cours de la vie			
Oui		62,29 (61,01 à 63,56)	
Non		37,71 (36,44 à 38,99)	
Situation de travail			
Travailleur de première ligne		6,53 (5,89 à 7,18)	
Travailleur essentiel ne travaillant pas en première ligne		20,72 (19,61 à 21,82)	
Autre		72,75 (71,59 à 73,91)	

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

Remarque : Les données des capitales territoriales (N = 1020) ont été exclues des estimations des caractéristiques sociodémographiques de l'ECSM de 2020 du tableau afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données pour les mêmes espaces géographiques. Les données des provinces et des capitales territoriales sont incluses dans les estimations d'expériences de l'ECSM de 2020 du tableau étant donné que les variables liées aux expériences n'ont pas été mesurées dans l'ESCC de 2019.

sérieusement envisagé de se suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19 était de 2,44 %, ce qui ne diffère pas significativement du pourcentage de 2,73 % d'adultes ayant déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider au cours des douze mois précédents en 2019 (voir tableau 2). Des différences significatives dans les pourcentages d'idées suicidaires récentes en 2020 par rapport à 2019 n'ont été trouvées dans presque aucun des groupes sociodémographiques analysés. Le pourcentage d'hommes de 65 ans et plus, d'hommes dont le revenu du ménage était moyen et de personnes vivant au Québec ayant déclaré avoir sérieusement envisagé de se suicider depuis le début de la pandémie était nettement inférieur au pourcentage équivalent au cours des douze mois précédents en 2019. Cependant, on ne sait pas si les idées suicidaires récentes étaient réellement plus faibles en 2020 dans ces groupes ou si ces résultats s'expliquent par la période plus courte sur laquelle portait la question en 2020 par rapport à 2019 (c'est-à-dire depuis le début de la pandémie, soit 6 à 8 mois auparavant, par rapport aux 12 derniers mois).

De manière générale, nous avons également observé des différences peu significatives lorsque nous avons examiné les idées suicidaires au cours de la vie (voir tableau 3). Plus précisément, le pourcentage d'adultes ayant déclaré avoir déjà sérieusement envisagé le suicide ne différait pas significativement en 2019 (12,58 %) par rapport à l'automne 2020 (12,21 %). En outre, aucune différence significative dans les idées suicidaires au cours de la vie entre 2019 et 2020 n'a été constatée dans aucun des groupes sociodémographiques, à l'exception des femmes ayant un revenu du ménage élevé qui ont plus fréquemment déclaré avoir déjà sérieusement envisagé le suicide à l'automne 2020 (12,97 %) comparativement aux données de 2019 (9,44 %).

Caractéristiques sociodémographiques et expériences associées aux idées suicidaires pendant la pandémie

Le tableau 4 présente les résultats de la régression logistique analysant la probabilité de déclarer avoir envisagé sérieusement le suicide depuis le début de la pandémie en fonction de caractéristiques sociodémographiques et d'expériences.

Dans l'ensemble, les femmes (2,67 %) n'étaient pas significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires

récentes que les hommes (2,07 %) pendant la pandémie. Les adultes de 18 à 34 ans (4,24 %) et de 35 à 64 ans (2,27 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que ceux de 65 ans et plus (0,54 %). Les natifs du Canada (2,85 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que les immigrants (1,38 %).

Les adultes dont le revenu du ménage était faible (3,34 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que ceux dont le revenu du ménage était élevé (1,47 %). Les personnes ayant obtenu un diplôme d'études secondaires ou ayant un niveau d'études moindre (3,30 %) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que les personnes ayant fait des études postsecondaires (2,06 %). Le Québec (1,33 %) était la seule province où les idées suicidaires récentes différaient significativement de celles de l'Ontario (2,48 %).

Aucune différence significative n'a été observée en fonction de l'appartenance à un groupe dit « racialisé », du milieu de résidence ou de la présence d'enfants à la maison.

Comme l'illustre le tableau 4, des tendances similaires sont observables pour 2019. Les seules exceptions ont concerné les personnes ayant des enfants à la maison, qui étaient moins susceptibles de faire état d'idées suicidaires récentes que celles n'ayant pas d'enfants à la maison en 2019, et le Nouveau-Brunswick (mais non le Québec), où la prévalence d'idées suicidaires récentes était significativement différentes par rapport à l'Ontario en 2019.

Parmi les variables mesurées uniquement dans l'ECSM de 2020 (voir le tableau 5 pour les résultats de la régression logistique), les idées suicidaires récentes étaient significativement plus probables chez les personnes ayant fait état d'une perte d'emploi ou de revenu en lien avec la pandémie (4,04 %) par rapport aux autres (1,94 %) et chez les personnes ayant fait état d'un sentiment de solitude ou d'isolement en lien avec la pandémie (5,19 %) par rapport aux autres (0,72 %). De plus, le fait d'envisager sérieusement de se suicider depuis le début de la pandémie était plus probable chez les personnes ayant déclaré avoir vécu une situation ou

un événement très stressant ou traumatisant au cours de leur vie (3,18 %) que chez les autres (1,22 %), et chez les travailleurs de première ligne (4,47 %) que chez les autres travailleurs (2,50 %).

Toutes ces différences sont demeurées significatives chez les femmes dans les analyses stratifiées par genre, mais seule la différence entre les personnes ayant signalé un sentiment de solitude ou d'isolement et celles ne l'ayant pas fait est demeurée significative chez les hommes.

Analyse

La pandémie de COVID-19 a eu des conséquences négatives sur la santé physique et mentale de nombreux Canadiens. Bien que certains facteurs de risque liés au suicide aient augmenté pendant la pandémie (par exemple le chômage)¹⁶⁻¹⁸, nous n'avons pas trouvé de preuves de l'augmentation de la prévalence des idées suicidaires récentes dans le cadre de notre étude. Ces résultats concordent avec les données préliminaires de surveillance portant sur d'autres résultats en lien avec le suicide au Canada, que ce soit la mortalité par suicide, les hospitalisations ou les visites à l'urgence liées à l'automutilation ou les appels aux services de police pour obtenir de l'aide en matière de suicide^{7,33,34}.

La prévalence d'idées suicidaires plus élevée dans certaines enquêtes antérieures par rapport à celle que nous avons observée pourrait s'expliquer par des différences dans la façon dont les questions sur les idées suicidaires ont été posées dans ces enquêtes (c.-à-d. avoir des pensées ou des sentiments suicidaires) par rapport à l'ESCC et à l'ECSM (c.-à-d. envisager sérieusement le suicide)⁹⁻¹¹.

Il existe un certain nombre d'explications plausibles quant aux raisons pour lesquelles les prévisions d'augmentation des résultats en lien avec le suicide n'ont de manière générale pas été observées jusqu'à maintenant. Les investissements dans les services de santé mentale ainsi que le soutien financier aux personnes touchées par les fermetures d'entreprises pourraient avoir atténué les répercussions de la pandémie sur les expériences de détresse les plus graves et les plus aiguës^{35,49}. Les personnes dont la santé mentale s'est détériorée pendant la pandémie peuvent avoir accès à de l'aide avant d'envisager sérieusement de se suicider ou de tenter de se suicider. Il est également possible que

TABEAU 2
Prévalence d'idées suicidaires récentes en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur p
Total	2,73 (2,49 à 2,99)	2,44 (2,05 à 2,89)	0,242	2,79 (2,46 à 3,14)	2,67 (2,16 à 3,26)	0,712	2,66 (2,31 à 3,04)	2,07 (1,50 à 2,78)	0,134
Âge (ans)									
18 à 34	5,04 (4,37 à 5,77)	4,24 (3,14 à 5,59)	0,267	5,61 (4,64 à 6,70)	5,18 (3,68 à 7,06)	0,666	4,44 (3,58 à 5,44)	2,88 (1,46 à 5,07)	0,168
35 à 64	2,15 (1,86 à 2,47)	2,27 (1,82 à 2,80)	0,657	2,06 (1,73 à 2,44)	2,27 (1,71 à 2,96)	0,538	2,23 (1,78 à 2,75)	2,28 (1,61 à 3,11)	0,917
65 et plus	0,98 (0,80 à 1,19)	0,54 (0,29 à 0,90)	0,030	0,86 (0,64 à 1,14)	0,58 (0,26 à 1,13)	0,286	1,11 (0,82 à 1,46)	0,49 (0,18 à 1,05)	0,044
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	2,60 (2,11 à 3,17)	1,83 (1,06 à 2,92)	0,181	2,86 (2,18 à 3,68)	1,89 (1,05 à 3,13)	0,150	2,33 (1,66 à 3,16) ^E	1,66 (0,55 à 3,82)	0,477
Non	2,77 (2,51 à 3,05)	2,61 (2,16 à 3,12)	0,566	2,79 (2,43 à 3,20)	2,85 (2,26 à 3,56)	0,873	2,72 (2,33 à 3,16)	2,21 (1,62 à 2,93)	0,198
Immigrant									
Oui	1,67 (1,27 à 2,15)	1,38 (0,69 à 2,46)	0,571	1,75 (1,20 à 2,46)	1,56 (0,84 à 2,64)	0,720	1,58 (1,05 à 2,30) ^E	1,23 (0,27 à 3,45)	0,676
Non	3,17 (2,87 à 3,48)	2,85 (2,38 à 3,38)	0,279	3,18 (2,79 à 3,62)	3,04 (2,42 à 3,78)	0,721	3,13 (2,70 à 3,61)	2,44 (1,82 à 3,21)	0,115
Revenu du ménage									
Faible	3,45 (3,04 à 3,90)	3,34 (2,64 à 4,15)	0,797	3,54 (3,00 à 4,15)	3,73 (2,70 à 5,01)	0,768	3,31 (2,71 à 3,99)	2,89 (2,03 à 3,98)	0,470
Moyen	2,86 (2,41 à 3,37)	2,33 (1,64 à 3,22)	0,262	2,76 (2,20 à 3,42)	2,86 (1,93 à 4,08)	0,864	2,96 (2,26 à 3,81)	1,51 (0,70 à 2,82)	0,049
Élevé	1,79 (1,46 à 2,18)	1,47 (0,96 à 2,14)	0,362	1,84 (1,36 à 2,45)	1,25 (0,64 à 2,19)	0,234	1,73 (1,29 à 2,26)	1,66 (0,90 à 2,78)	0,891
Milieu de résidence									
Urbain	2,76 (2,48 à 3,05)	2,61 (2,15 à 3,13)	0,605	2,81 (2,44 à 3,21)	2,85 (2,26 à 3,55)	0,902	2,70 (2,30 à 3,15)	2,21 (1,55 à 3,05)	0,275
Rural	2,59 (2,15 à 3,10)	1,68 (1,06 à 2,52)	0,056	2,70 (2,02 à 3,52)	1,82 (0,98 à 3,07)	0,199	2,47 (1,93 à 3,10)	1,52 (0,71 à 2,84)	0,154
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou moins	4,01 (3,49 à 4,59)	3,30 (2,42 à 4,38)	0,217	4,16 (3,39 à 5,06)	3,20 (2,26 à 4,38)	0,170	3,84 (3,15 à 4,63)	2,97 (1,62 à 4,96)	0,357
Études postsecondaires	2,08 (1,84 à 2,35)	2,06 (1,67 à 2,51)	0,917	2,11 (1,82 à 2,42)	2,45 (1,86 à 3,15)	0,316	2,05 (1,67 à 2,49)	1,66 (1,17 à 2,27)	0,263
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	1,80 (1,43 à 2,24)	2,29 (1,63 à 3,12)	0,211	1,94 (1,51 à 2,44)	2,70 (1,72 à 4,01)	0,169	1,64 (1,02 à 2,48) ^E	1,86 (1,01 à 3,11)	0,711
Non	3,02 (2,73 à 3,33)	2,50 (2,02 à 3,05)	0,095	3,07 (2,67 à 3,52)	2,66 (2,07 à 3,36)	0,299	2,95 (2,55 à 3,40)	2,16 (1,46 à 3,06)	0,105

Suite à la page suivante

TABEAU 2 (suite)
Prévalence d'idées suicidaires récentes en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combinée			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>
Province/territoire									
Alberta	3,15 (2,41 à 4,04)	3,74 (2,68 à 5,06)	0,393	3,63 (2,55 à 5,00) ^E	3,81 (2,42 à 5,67)	0,856	2,67 (1,81 à 3,80) ^E	3,42 (1,94 à 5,55)	0,422
Colombie-Britannique	2,84 (2,15 à 3,68)	2,39 (1,49 à 3,62)	0,479	2,72 (1,90 à 3,75) ^E	2,21 (1,21 à 3,70)	0,505	2,93 (1,81 à 4,47) ^E	2,59 (1,20 à 4,82)	0,749
Manitoba	3,33 (2,23 à 4,76) ^E	4,14 (2,73 à 6,00)	0,397	3,43 (1,93 à 5,60) ^E	4,11 (2,09 à 7,19)	0,627	3,21 (1,82 à 5,21) ^E	3,21 (1,74 à 5,39)	0,999
Nouveau-Brunswick	4,20 (2,88 à 5,90) ^E	2,91 (1,53 à 5,00)	0,266	3,38 (2,11 à 5,11) ^E	2,61 (1,00 à 5,49)	0,558	5,09 (2,78 à 8,44) ^E	3,23 (1,19 à 6,93)	0,346
Terre-Neuve-et-Labrador	3,35 (2,00 à 5,24) ^E	2,20 (1,26 à 3,56)	0,225	— ^F	2,92 (1,47 à 5,15)	—	5,28 (2,88 à 8,78) ^E	— ^S	—
Nouvelle-Écosse	3,88 (2,63 à 5,51) ^E	3,90 (2,21 à 6,34)	0,988	4,10 (2,44 à 6,40) ^E	4,41 (2,81 à 6,54)	0,813	3,57 (1,78 à 6,33) ^E	3,36 (0,84 à 8,76)	0,922
Ontario	2,62 (2,21 à 3,08)	2,48 (1,70 à 3,48)	0,772	2,69 (2,16 à 3,29)	2,93 (1,95 à 4,22)	0,690	2,55 (1,99 à 3,22)	1,83 (0,82 à 3,51)	0,351
Île-du-Prince-Édouard	3,45 (1,96 à 5,60) ^E	2,06 (0,96 à 3,82)	0,205	3,53 (1,59 à 6,72) ^E	1,83 (0,85 à 3,43)	0,149	— ^F	2,29 (0,57 à 6,02)	—
Québec	2,18 (1,77 à 2,67)	1,33 (0,82 à 2,03)	0,041	2,41 (1,84 à 3,09)	1,64 (0,90 à 2,73)	0,194	1,94 (1,36 à 2,68) ^E	1,02 (0,42 à 2,04)	0,099
Saskatchewan	3,27 (2,06 à 4,90) ^E	2,34 (1,23 à 4,02)	0,340	2,42 (1,25 à 4,22) ^E	1,64 (0,74 à 3,12)	0,366	4,11 (2,08 à 7,22) ^E	3,04 (1,15 à 6,42)	0,541
Yukon (Whitehorse)	—	1,66 (0,65 à 3,46)	—	—	2,08 (0,70 à 4,71)	—	—	— ^S	—
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	—	2,51 (0,99 à 5,18)	—	—	3,46 (0,94 à 8,65)	—	—	— ^S	—
Nunavut (Iqaluit)	—	3,28 (0,94 à 8,02)	—	—	— ^S	—	—	— ^S	—

Abbreviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson.

Remarques : Les données des capitales territoriales (N = 1020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 du tableau (à l'exception des trois dernières lignes) afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données pour les mêmes espaces géographiques.

En raison de données manquantes/exclues pour différentes variables, la taille des échantillons de l'ESCC de 2019 varie entre 54641 et 55090 pour les analyses combinées, entre 29913 et 30143 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 24680 et 24899 pour les analyses stratifiées pour les hommes. Pour des raisons similaires, la taille des échantillons dans l'ECSM de 2020 varie entre 10181 et 12292 pour les analyses combinées, entre 5726 et 7033 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 4435 et 5233 pour les analyses stratifiées pour les hommes.

^E : Interpréter l'estimation avec prudence, parce que le coefficient de variation se situe entre 15 et 35.

^F : L'estimation ne peut pas être diffusée, parce que le coefficient de variation est supérieur à 35.

^S : Estimation supprimée en raison des effectifs réduits associés à cette cellule.

l'automne 2020 soit une date trop précoce pour détecter les répercussions de la pandémie sur le suicide, car certaines recherches laissent penser que l'effet des événements de grande envergure sur les résultats en lien avec le suicide peut être retardé^{50,51}. Cette hypothèse souligne l'importance d'effectuer une surveillance continue en matière de suicide pour comprendre les répercussions possibles de la pandémie sur les résultats en lien avec le suicide à court et à long terme au Canada^{52,53}.

Bien que, de manière générale, des différences dans la prévalence des idées

suicidaires en 2020 par rapport à 2019 n'aient pas été observées dans l'ensemble de la population ou dans des groupes sociodémographiques particuliers, nous avons constaté que certaines personnes étaient plus susceptibles que d'autres de déclarer avoir sérieusement envisagé le suicide depuis le début de la pandémie. Les personnes présentant un risque élevé d'idées suicidaires récentes avant la pandémie ont également tendance à présenter un risque élevé de telles idées pendant la pandémie, notamment les personnes de moins de 65 ans, celles nées au Canada et celles dont le revenu du ménage et le

niveau d'études étaient faibles. Ces résultats fournissent des preuves supplémentaires de l'« effet de l'immigrant en bonne santé »⁵⁴ et du lien entre statut socio-économique et suicide⁵⁵.

Il convient de noter que le fait d'avoir des enfants à la maison était un facteur de protection contre les idées suicidaires avant la pandémie, mais pas pendant celle-ci, ce qui peut être le signe de difficultés associées aux responsabilités accrues en matière de soins aux enfants et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle qu'ont connu les parents et

TABEAU 3
Prévalence des idées suicidaires au cours de la vie en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combiné			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>
Total	12,58 (12,09 à 13,08)	12,21 (11,35 à 13,10)	0,474	13,34 (12,66 à 14,05)	13,58 (12,36 à 14,87)	0,741	11,69 (10,99 à 12,43)	10,57 (9,36 à 11,88)	0,140
Âge (ans)									
18 à 34	17,27 (16,10 à 18,48)	16,83 (14,52 à 19,35)	0,749	17,81 (16,17 à 19,54)	19,25 (16,00 à 22,84)	0,430	16,48 (14,69 à 18,40)	13,75 (10,54 à 17,49)	0,191
35 à 64	12,09 (11,45 à 12,76)	12,33 (11,29 à 13,43)	0,712	13,01 (12,10 à 13,97)	13,71 (12,21 à 15,32)	0,445	11,15 (10,25 à 12,10)	10,94 (9,52 à 12,50)	0,811
65 et plus	7,24 (6,72 à 7,78)	6,07 (5,02 à 7,27)	0,071	8,37 (7,60 à 9,19)	6,71 (5,24 à 8,45)	0,083	5,89 (5,21 à 6,63)	5,34 (3,92 à 7,09)	0,525
Membre d'un groupe dit « racialisé »									
Oui	13,67 (13,14 à 14,22)	12,97 (12,01 à 13,98)	0,227	14,33 (13,56 à 15,14)	13,85 (12,52 à 15,26)	0,549	12,89 (12,11 à 13,70)	11,82 (10,42 à 13,35)	0,218
Non	9,81 (8,75 à 10,95)	10,00 (8,26 à 11,97)	0,863	11,00 (9,62 à 12,49)	12,62 (9,81 à 15,89)	0,310	8,51 (7,00 à 10,22)	7,37 (5,26 à 9,98)	0,441
Immigrant									
Oui	6,37 (5,56 à 7,26)	7,00 (5,62 à 8,61)	0,448	7,31 (6,11 à 8,66)	8,67 (6,45 à 11,34)	0,296	5,37 (4,34 à 6,57)	5,50 (3,83 à 7,61)	0,905
Non	15,13 (14,55 à 15,73)	14,20 (13,18 à 15,27)	0,129	15,81 (15,00 à 16,64)	15,22 (13,81 à 16,72)	0,487	14,32 (13,46 à 15,23)	12,79 (11,27 à 14,43)	0,108
Revenu du ménage									
Faible	15,44 (14,56 à 16,36)	14,55 (13,11 à 16,08)	0,296	15,99 (14,86 à 17,18)	15,44 (13,43 à 17,62)	0,641	14,60 (13,38 à 15,89)	13,45 (11,35 à 15,78)	0,369
Moyen	12,78 (11,89 à 13,71)	12,17 (10,53 à 13,97)	0,540	13,73 (12,50 à 15,03)	13,61 (11,24 à 16,26)	0,932	11,80 (10,48 à 13,23)	10,24 (8,11 à 12,71)	0,263
Élevé	9,17 (8,38 à 10,01)	10,22 (8,76 à 11,82)	0,212	9,44 (8,36 à 10,60)	12,97 (10,59 à 15,65)	0,005	8,87 (7,72 à 10,13)	7,64 (5,97 à 9,60)	0,273
Milieu de résidence									
Urbain	12,60 (12,04 à 13,18)	12,38 (11,41 à 13,42)	0,716	13,16 (12,39 à 13,96)	13,42 (12,04 à 14,89)	0,748	11,91 (11,10 à 12,77)	11,07 (9,66 à 12,61)	0,341
Rural	12,46 (11,56 à 13,41)	11,79 (10,12 à 13,64)	0,503	14,25 (12,91 à 15,68)	14,61 (11,99 à 17,56)	0,818	10,66 (9,52 à 11,88)	8,63 (6,70 à 10,90)	0,103
Niveau de scolarité									
Études secondaires ou moins	14,78 (13,87 à 15,72)	13,22 (11,52 à 15,06)	0,131	15,37 (14,06 à 16,74)	13,03 (10,91 à 15,39)	0,089	14,09 (12,84 à 15,40)	13,03 (10,41 à 16,04)	0,505
Études postsecondaires	11,51 (10,94 à 12,09)	11,79 (10,83 à 12,80)	0,627	12,38 (11,61 à 13,19)	13,89 (12,41 à 15,47)	0,077	10,50 (9,64 à 11,40)	9,44 (8,19 à 10,80)	0,188
Enfants de moins de 18 ans à la maison									
Oui	9,88 (9,03 à 10,79)	10,53 (9,13 à 12,07)	0,443	11,13 (9,89 à 12,46)	12,43 (10,40 à 14,70)	0,283	8,43 (7,30 à 9,68)	8,50 (6,66 à 10,66)	0,952
Non	13,40 (12,82 à 14,00)	12,82 (11,77 à 13,93)	0,354	14,07 (13,28 à 14,89)	14,00 (12,51 à 15,61)	0,940	12,63 (11,80 à 13,49)	11,31 (9,83 à 12,94)	0,157
Province/territoire									
Alberta	14,00 (12,50 à 15,62)	15,14 (12,79 à 17,72)	0,426	15,15 (12,94 à 17,58)	16,68 (13,35 à 20,46)	0,461	12,86 (10,78 à 15,18)	13,41 (10,05 à 17,38)	0,788
Colombie-Britannique	12,01 (10,69 à 13,44)	12,18 (10,13 à 14,47)	0,898	12,01 (10,45 à 13,71)	12,15 (9,39 à 15,36)	0,937	11,75 (9,67 à 14,11)	12,09 (8,99 à 15,80)	0,866

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Prévalence des idées suicidaires au cours de la vie en 2019 par rapport à 2020, dans l'ensemble et selon le genre

Variable	Prévalence, % (IC à 95 %)								
	Combiné			Femmes			Hommes		
	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>	ESCC de 2019	ECSM de 2020	Valeur <i>p</i>
Manitoba	15,41 (12,98 à 18,10)	16,42 (13,66 à 19,49)	0,593	16,55 (13,17 à 20,40)	17,07 (13,17 à 21,58)	0,849	14,20 (10,86 à 18,10)	14,55 (10,74 à 19,08)	0,895
Nouveau-Brunswick	15,14 (12,81 à 17,71)	13,47 (10,87 à 16,43)	0,358	15,97 (12,31 à 20,21)	14,59 (11,12 à 18,65)	0,600	14,06 (10,80 à 17,85)	12,30 (8,50 à 17,02)	0,522
Terre-Neuve-et-Labrador	11,07 (8,71 à 13,81)	11,02 (8,58 à 13,86)	0,978	9,54 (6,39 à 13,55) ^E	12,84 (9,46 à 16,90)	0,201	12,74 (9,25 à 16,95)	8,82 (5,53 à 13,19)	0,152
Nouvelle-Écosse	13,98 (11,71 à 16,50)	13,41 (10,84 à 16,33)	0,745	14,92 (12,19 à 18,00)	14,28 (11,20 à 17,83)	0,760	12,85 (9,78 à 16,48)	12,41 (8,36 à 17,49)	0,870
Ontario	11,96 (11,11 à 12,85)	11,89 (10,27 à 13,67)	0,946	12,80 (11,70 à 13,96)	13,68 (11,30 à 16,36)	0,518	10,98 (9,67 à 12,39)	9,76 (7,66 à 12,20)	0,379
Île-du-Prince-Édouard	10,84 (8,31 à 13,82)	11,68 (9,08 à 14,72)	0,660	13,60 (9,86 à 18,10)	11,37 (8,30 à 15,08)	0,390	7,41 (4,32 à 11,72) ^E	11,82 (7,73 à 17,05)	0,115
Québec	12,47 (11,58 à 13,41)	10,70 (9,05 à 12,53)	0,083	13,52 (12,26 à 14,87)	12,40 (10,33 à 14,73)	0,396	11,38 (10,14 à 12,73)	8,78 (6,38 à 11,73)	0,103
Saskatchewan	13,27 (10,76 à 16,13)	10,79 (8,60 à 13,31)	0,162	13,24 (10,14 à 16,88)	11,17 (8,43 à 14,43)	0,346	13,26 (9,48 à 17,85) ^E	10,47 (7,12 à 14,70)	0,315
Yukon (Whitehorse)	—	13,58 (10,11 à 17,70)	—	—	15,74 (11,02 à 21,48)	—	—	10,80 (6,09 à 17,34)	—
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	—	18,03 (13,60 à 23,19)	—	—	19,66 (13,26 à 27,46)	—	—	16,41 (10,55 à 23,82)	—
Nunavut (Iqaluit)	—	19,91 (13,73 à 27,37)	—	—	19,40 (11,35 à 29,86)	—	—	20,50 (11,49 à 32,33)	—

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson.

Remarques : Les données des capitales territoriales (N = 1020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 du tableau (à l'exception des trois dernières lignes) afin que les comparaisons entre 2019 et 2020 soient fondées sur les données pour les mêmes espaces géographiques.

En raison de données manquantes/exclues pour différentes variables, la taille des échantillons de l'ESCC de 2019 varie entre 54650 et 55099 pour les analyses combinées, entre 29919 et 30149 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 24683 et 24902 pour les analyses stratifiées pour les hommes. Pour des raisons similaires, la taille des échantillons dans l'ECSM de 2020 varie entre 10187 et 12298 pour les analyses combinées, entre 6402 et 7037 pour les analyses stratifiées pour les femmes et entre 4760 et 5235 pour les analyses stratifiées pour les hommes.

^E : Interpréter l'estimation avec prudence, parce que le coefficient de variation se situe entre 15 et 35.

TABEAU 4
Analyses de régression logistique univariée comparant la probabilité de faire état d'idées suicidaires récentes, par caractéristique sociodémographique, 2019 et 2020

Variable	RC (IC à 95 %)					
	ESCC de 2019			ECSM de 2020		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Genre						
Femmes	1,05 (0,87 à 1,27)	—	—	1,30 (0,90 à 1,88)	—	—
Hommes	(Réf.)	—	—	(Réf.)	—	—
Âge (années)						
18 à 34	5,38 (4,25 à 6,82)***	6,81 (4,83 à 9,60)***	4,14 (2,94 à 5,84)***	8,18 (4,38 à 15,31)***	9,32 (4,12 à 21,06)***	6,07 (1,89 à 19,51)**
35 à 64	2,22 (1,75 à 2,82)***	2,41 (1,74 à 3,34)***	2,03 (1,44 à 2,87)***	4,30 (2,39 à 7,72)***	3,96 (1,78 à 8,80)***	4,76 (1,66 à 13,67)**
65 et plus	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Analyses de régression logistique univariée comparant la probabilité de faire état d'idées suicidaires récentes,
par caractéristique sociodémographique, 2019 et 2020

Variable	RC (IC à 95 %)					
	ESCC de 2019			ECSM de 2020		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Membre d'un groupe dit « racialisé »						
Oui	0,94 (0,75 à 1,17)	1,02 (0,76 à 1,38)	0,85 (0,60 à 1,20) ^E	0,70 (0,41 à 1,18)	0,66 (0,36 à 1,18)	0,75 (0,28 à 2,02)
Non	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Immigrant						
Oui	0,52 (0,39 à 0,68) ^{***}	0,54 (0,37 à 0,79) ^{**}	0,50 (0,33 à 0,75) ^{E***}	0,48 (0,25 à 0,90) [*]	0,50 (0,27 à 0,94) [*]	0,50 (0,13 à 1,98)
Non	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Revenu du ménage						
Faible	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Moyen	0,83 (0,67 à 1,02)	0,77 (0,59 à 1,01)	0,89 (0,64 à 1,25)	0,69 (0,46 à 1,04)	0,76 (0,46 à 1,25)	0,51 (0,25 à 1,07)
Élevé	0,51 (0,40 à 0,65) ^{***}	0,51 (0,37 à 0,71) ^{***}	0,51 (0,36 à 0,73) ^{***}	0,43 (0,27 à 0,70) ^{***}	0,33 (0,16 à 0,66) ^{**}	0,57 (0,29 à 1,11)
Milieu de résidence						
Urbain	1,07 (0,86 à 1,32)	1,04 (0,77 à 1,42)	1,10 (0,82 à 1,46)	1,57 (0,99 à 2,49)	1,58 (0,85 à 2,95)	1,46 (0,68 à 3,15)
Rural	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Niveau de scolarité						
Études secondaires ou moins	1,96 (1,63 à 2,36) ^{***}	2,02 (1,58 à 2,58) ^{***}	1,91 (1,44 à 2,53) ^{***}	1,63 (1,13 à 2,33) ^{**}	1,32 (0,86 à 2,02)	1,82 (0,95 à 3,46)
Études postsecondaires	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Enfants de moins de 18 ans à la maison						
Oui	0,59 (0,46 à 0,75) ^{***}	0,62 (0,48 à 0,82) ^{***}	0,55 (0,34 à 0,87) ^{E*}	0,91 (0,62 à 1,35)	1,01 (0,62 à 1,65)	0,86 (0,44 à 1,69)
Non	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Province						
Alberta	1,21 (0,89 à 1,63)	1,37 (0,92 à 2,03) ^E	1,05 (0,68 à 1,61) ^E	1,53 (0,94 à 2,49)	1,31 (0,73 à 2,36)	1,90 (0,78 à 4,63)
Colombie-Britannique	1,09 (0,79 à 1,50)	1,01 (0,69 à 1,49) ^E	1,15 (0,68 à 1,96) ^E	0,96 (0,54 à 1,72)	0,75 (0,37 à 1,50)	1,43 (0,52 à 3,90)
Manitoba	1,28 (0,85 à 1,92) ^E	1,29 (0,74 à 2,22) ^E	1,27 (0,70 à 2,29) ^E	1,70 (0,98 à 2,93)	1,42 (0,68 à 2,98)	1,78 (0,70 à 4,51)
Nouveau-Brunswick	1,63 (1,08 à 2,46) ^{E*}	1,27 (0,78 à 2,07) ^E	2,05 (1,05 à 3,99) ^{E*}	1,18 (0,58 à 2,39)	0,89 (0,34 à 2,33)	1,79 (0,54 à 5,91)
Terre-Neuve-et-Labrador	1,29 (0,74 à 2,26) ^E	— ^F	2,13 (1,04 à 4,38) ^{E*}	0,88 (0,47 à 1,68)	1,00 (0,47 à 2,10)	— ^S
Nouvelle-Écosse	1,50 (0,99 à 2,29) ^E	1,55 (0,90 à 2,66) ^E	1,41 (0,69 à 2,90) ^E	1,60 (0,85 à 2,99)	1,53 (0,86 à 2,73)	1,87 (0,46 à 7,52)
Ontario	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)	(Réf.)
Île-du-Prince-Édouard	1,33 (0,75 à 2,35) ^E	1,33 (0,60 à 2,91) ^E	— ^F	0,83 (0,38 à 1,81)	0,62 (0,28 à 1,36)	1,26 (0,11 à 14,39)
Québec	0,83 (0,64 à 1,08)	0,89 (0,64 à 1,25)	0,76 (0,50 à 1,15) ^E	0,53 (0,30 à 0,94) [*]	0,55 (0,28 à 1,11)	0,55 (0,20 à 1,55)
Saskatchewan	1,26 (0,81 à 1,95) ^E	0,90 (0,48 à 1,67) ^E	1,64 (0,86 à 3,13) ^E	0,94 (0,46 à 1,91)	0,55 (0,24 à 1,25)	1,68 (0,52 à 5,38)

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence.

Remarque : Les données des capitales territoriales (N = 1020) sont exclues des estimations de l'ECSM de 2020 du tableau afin que les rapports de cotes de 2019 et de 2020 soient fondés sur les données pour les mêmes espaces géographiques.

^E : Interpréter l'estimation avec prudence, parce que le coefficient de variation se situe entre 15 et 35.

^F : L'estimation ne peut pas être diffusée, parce que le coefficient de variation est supérieur à 35; S, estimation supprimée en raison des effectifs réduits associés à cette cellule.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

TABEAU 5
Prévalence des idées suicidaires récentes et probabilité de faire état d'idées suicidaires récentes selon les caractéristiques sociodémographiques et les expériences potentiellement à risque élevé pendant la pandémie de COVID-19, ECSM de 2020

Variable	Ensemble		Femmes		Hommes	
	% (IC à 95 %)	RC	% (IC à 95 %)	RC	% (IC à 95 %)	RC
Perte d'emploi/de revenu						
Oui	4,04 (3,09 à 5,17)	2,13 (1,49 à 3,05)***	4,98 (3,55 à 6,76)	2,60 (1,69 à 3,99)***	3,07 (1,89 à 4,69)	1,78 (0,97 à 3,26)
Non	1,94 (1,51 à 2,44)	(Réf.)	1,98 (1,49 à 2,57)	(Réf.)	1,75 (1,13 à 2,58)	(Réf.)
Sentiment de solitude/d'isolement						
Oui	5,19 (4,25 à 6,27)	7,50 (4,99 à 11,27)***	5,17 (4,09 à 6,43)	7,60 (4,33 à 13,33)***	4,86 (3,33 à 6,82)	6,88 (3,61 à 13,12)***
Non	0,72 (0,49 à 1,03)	(Réf.)	0,71 (0,41 à 1,16)	(Réf.)	0,74 (0,41 à 1,22)	(Réf.)
Situation ou événement stressant/traumatisant au cours de la vie						
Oui	3,18 (2,64 à 3,79)	2,66 (1,52 à 4,65)***	3,64 (2,90 à 4,50)	4,61 (2,13 à 9,96)***	2,42 (1,73 à 3,30)	1,55 (0,72 à 3,33)
Non	1,22 (0,68 à 2,01)	(Réf.)	0,81 (0,37 à 1,54)	(Réf.)	1,58 (0,70 à 3,05)	(Réf.)
Situation de travail						
Travailleur de première ligne	4,47 (2,69 à 6,93)	1,83 (1,07 à 3,12)*	5,61 (3,05 à 9,32)	2,30 (1,22 à 4,36)*	2,75 (0,98 à 5,99)	1,20 (0,42 à 3,40)
Travailleur essentiel ne travaillant pas en première ligne	1,47 (0,92 à 2,22)	0,58 (0,36 à 0,94)*	1,92 (1,07 à 3,18)	0,76 (0,42 à 1,39)	1,08 (0,46 à 2,16)	0,46 (0,20 à 1,11)
Autre	2,50 (2,02 à 3,05)	(Réf.)	2,51 (1,95 à 3,19)	(Réf.)	2,30 (1,58 à 3,24)	(Réf.)

Abréviations : ECSM, Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; IC, intervalles de confiance Clopper-Pearson; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence.

Remarque : Les estimations sont fondées sur les données des répondants de l'ECSM de 2020 vivant dans les provinces et les capitales territoriales. Les rapports de cotes proviennent d'analyses de régression logistique univariée.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

tuteurs en raison, en particulier, de la fermeture des écoles et des garderies et de l'isolement vis-à-vis de la famille élargie.

Compte tenu des conclusions de recherches antérieures sur les associations entre les résultats en lien avec le suicide et la solitude, le chômage ou le statut socioéconomique et les événements stressants de la vie^{31,42,55,56}, il n'est pas surprenant que les idées suicidaires pendant la pandémie aient été plus fréquentes chez les personnes ayant fait état d'une perte d'emploi ou de revenu ou d'un sentiment de solitude ou d'isolement en lien avec la pandémie, et chez celles qui ont vécu une situation ou un événement très stressant ou traumatisant au cours de leur vie.

Enfin, les travailleurs de première ligne étaient plus susceptibles de déclarer avoir sérieusement envisagé le suicide depuis le début de la pandémie par rapport aux autres travailleurs. Ces données pourraient s'expliquer par une détérioration générale de la santé mentale en raison des exigences particulières imposées à ce groupe pendant la pandémie^{41,57} ou pourraient

être le reflet du risque élevé de suicide chez certains travailleurs de première ligne déjà observable avant la pandémie^{40,58}. Quoi qu'il en soit, ces résultats mettent en évidence les caractéristiques et les expériences associées à un risque élevé sur lesquelles on pourrait axer les efforts de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide.

Forces et limites

Cette étude contribue à la surveillance du suicide au Canada grâce à l'analyse des idées suicidaires depuis le début de la pandémie de COVID-19 par rapport à avant, à l'aide de données représentatives provenant des échantillons relativement importants et récents de l'ESCC de 2019 et de l'ECSM de 2020. Nos estimations, fondées sur ces enquêtes avec échantillonnage probabiliste, répondent aux récents appels à de meilleures estimations de la santé mentale de la population au Canada pendant la pandémie⁵⁹. Nous avons étudié les différences dans les idées suicidaires en 2020 par rapport à 2019 au sein de nombreux groupes sociodémographiques et nous avons analysé de quelle manière

diverses caractéristiques et expériences étaient associées aux idées suicidaires avant et pendant la pandémie.

Toutefois, il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats de cette étude en raison des différences méthodologiques entre les données de l'ESCC de 2019 et celles de l'ECSM de 2020. La collecte des données de l'ESCC de 2019 s'est échelonnée sur une année complète, contre environ trois mois pour l'ECSM de 2020. Néanmoins, lorsque nous avons restreint les analyses aux données de la même période de l'année, il n'y avait pas de différence significative entre l'automne 2019 et l'automne 2020 dans la prévalence globale des idées suicidaires récentes (2,81 % contre 2,44 %, valeur p du test du chi carré = 0,267) ou dans la prévalence globale des idées suicidaires au cours de la vie (12,96 % contre 12,21 %, valeur p du test du chi carré = 0,256).

Dans le cadre de l'ESCC de 2019, les répondants ont été interrogés sur le fait d'avoir envisagé sérieusement le suicide au cours des douze mois précédents,

tandis que dans le cadre de l'ECSM de 2020, les répondants ont été interrogés sur le fait d'avoir envisagé sérieusement le suicide « depuis le début de la pandémie de COVID-19 », ce qui correspond plutôt à une période de six à huit mois. Bien que cette période plus courte puisse expliquer pourquoi la prévalence des idées suicidaires récentes n'était pas plus élevée en 2020, cela est peu probable, étant donné que nous avons constaté des résultats largement similaires lorsque nous avons examiné les idées suicidaires au cours de la vie.

Les autres différences entre les enquêtes susceptibles d'avoir eu une incidence sur les réponses et les estimations obtenues sont les cadres d'échantillonnage, la façon dont certains facteurs sociodémographiques ont été ventilés et le mode de collecte des données (c.-à-d. que les répondants de l'ECSM de 2020 pouvaient répondre à l'enquête en ligne de leur propre chef et l'on sait que cette méthode de collecte de données a été associée à une plus faible probabilité d'accepter de transmettre les données à l'ASPC).

Il est possible que d'autres différences aient pu fausser les estimations, par exemple entre les répondants ayant accepté de transmettre leurs données et les autres, ou entre les personnes qui ont répondu à l'enquête et les autres. En outre, le revenu du ménage des répondants dans l'ESCC 2019 est fondé sur les données fiscales, le revenu autodéclaré et les montants de revenu attribué alors qu'il est uniquement autodéclaré dans l'ECSM de 2020. De plus, la présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison a été mesurée par des variables différentes dans les deux enquêtes.

Nous n'avons pas pu analyser d'autres caractéristiques sociodémographiques importantes (par exemple l'état civil ou le statut LGBTQ2+)^{60,61} parce qu'elles n'ont pas été mesurées dans l'ECSM de 2020. Nous avons étudié uniquement les associations à variable unique dans les analyses de régression logistique, alors que certaines des associations entre idées suicidaires et expériences présentant un risque élevé à l'automne 2020 pourraient s'expliquer par des facteurs sociodémographiques.

Notre étude ne portait que sur les adultes de 18 ans et plus, ce qui fait que d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer

comment les résultats en lien avec le suicide chez les jeunes au Canada ont pu changer en raison de la pandémie. Compte tenu de problèmes liés à l'accessibilité des données, les analyses comparant les idées suicidaires en 2020 par rapport à 2019 ont été limitées aux provinces. Enfin, pour maximiser la puissance statistique, nous avons adopté un niveau alpha modéré de 0,05 afin de cerner les résultats statistiquement significatifs. Étant donné les nombreuses comparaisons effectuées dans le cadre de cette recherche, il est possible que certains résultats significatifs soient des faux positifs.

Conclusion

Les recherches actuelles laissent penser que, de manière générale, la prévalence des idées suicidaires n'a ni augmenté ni diminué en 2020 par rapport à 2019. Il est possible que les résultats en lien avec le suicide changent à mesure que la pandémie de COVID-19 se poursuit et que le Canada s'en remet. La surveillance continue du suicide et des facteurs de risque et de protection (par exemple, par l'analyse des données de l'ECSM de 2021)⁶² va être importante pour orienter les efforts de prévention du suicide.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

LL a conçu le projet. LL, CC et RD ont décidé de l'approche analytique. LL a effectué les analyses statistiques. LL, CC et RD ont interprété les résultats. CC et RD ont rédigé et révisé les sections du document. LL, CC et RD ont fourni des commentaires sur les versions préliminaires du document.

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

Références

1. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)

2. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
3. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? *JAMA Psychiatry*. 2020;77(11):1093-1094. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
4. Krugel L. 'Dealing with a lot:' suicide crisis calls mount during COVID-19 pandemic [Internet]. Toronto (Ont.) : CTV News; 3 décembre 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/dealing-with-a-lot-suicide-crisis-calls-mount-during-covid-19-pandemic-1.5215056>
5. Wright T. Crisis lines face volunteer, cash crunch even as COVID-19 drives surge in calls [Internet]. Toronto (Ont.) : CTV News; 27 avril 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/crisis-lines-face-volunteer-cash-crunch-even-as-covid-19-drives-surge-in-calls-1.4912975>
6. Yousif N. 4 million cries for help: calls to Kids Help Phone soar amid pandemic [Internet]. Toronto (Ont.) : Toronto Star; 13 décembre 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www.thestar.com/news/gta/2020/12/13/4-million-cries-for-help-calls-to-kids-help-phone-soar-amid-pandemic.html>
7. Statistique Canada. Certains crimes déclarés par la police et demandes d'intervention pendant la pandémie de COVID-19, mars à octobre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 20 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210127/dq210127c-fra.htm>
8. Angus Reid Institute. Worry, gratitude and boredom: as COVID-19 affects mental, financial health, who fares better; who is worse? [Internet]. Vancouver (BC) : Angus Reid Institute; 2020. En ligne à : http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.27_COVID-mental-health.pdf

9. Association canadienne pour la santé mentale. Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2 [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020. En ligne à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/ACSM-UBC-Vague-2-Resume-des-conclusions.pdf>
10. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Résumé des conclusions – Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : 3^e tour [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2021. En ligne à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/05/ACSM-UBC-3-Tour-Resume-des-conclusions-Final.pdf>
11. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Prev Med.* 2021;145:106333. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106333>
12. Ipsos. One year of COVID-19: Ipsos survey for The World Economic Forum [Internet]. Paris : Ipsos; 2021. En ligne à : https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/wef_-_expectations_about_when_life_will_return_to_pre-covid_normal_-_final.pdf
13. Nanos. Canadians report an increase in feeling stressed regularly or all the time now compared to one month before COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2020. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/nanos_covid_may_2020.pdf
14. Statistique Canada. Santé des Canadiens et COVID-19, selon l'âge et le genre de la personne [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 16 avril 2021]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310080601-fra>
15. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210318/dq210318a-fra.htm>
16. Statistique Canada. Enquête sur la population active, avril 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210507/dq210507a-fra.htm>
17. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(5):389-390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)
18. McIntyre RS, Lee Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiat Res.* 2020;290:113104. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113104>
19. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev.* 2013;19(1):38-43. <http://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040317>
20. Orpana H, Giesbrecht N, Hajee A, Kaplan MS. Alcohol and other drugs in suicide in Canada: opportunities to support prevention through enhanced monitoring. *Inj Prev.* 2021;27(2):194-200. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043504>
21. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Env Res Public Health.* 2010;7(4):1392-1431. <https://doi.org/10.3390/ijerph7041392>
22. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). COVID-19 and increased alcohol consumption: NANOS poll summary report [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCSA; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>
23. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Boredom and stress drives increased alcohol consumption during COVID-19: NANOS poll summary report [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020. En ligne à : https://ccsa.ca/sites/default/files/2020-06/CCSA-NANOS-Increased-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en_0.pdf
24. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Le désespoir et les pensées suicidaires s'amplifient à mesure que progresse la pandémie [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://cmha.ca/fr/news/le-desespoir-et-les-pensees-suicidaires-samplifient-a-mesure-que-progresse-la-pandemie>
25. Recherche en santé mentale Canada. La santé mentale pendant la COVID-19 : deuxième sondage [Internet]. Toronto (Ont.) : ESMC; 2020. En ligne à : https://www.mhrc-rsmc.ca/s/MHRC-Poll-2-Results_Final.pdf
26. Rotermann M. Les Canadiens qui s'estiment en moins bonne santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 sont plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de cannabis, d'alcool et de produits du tabac [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00008-fra.htm>
27. Statistique Canada. Consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie : Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 6 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210304/dq210304a-fra.htm>
28. Statistique Canada. Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 2 : suivi des effets de la COVID-19, mai 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 12 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200604/dq200604b-fra.htm>
29. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2016;36(1):1-10. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01f>

30. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
31. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord.* 2020;274:880-896. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>
32. Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, et al. The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts: a systematic review. *Crisis.* 2020;1-14. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>
33. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : Blessures auto-infligées. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021. En ligne à : <https://www.cih.ca/sites/default/files/document/unintended-consequences-covid-19-self-harm-report-fr.pdf>
34. Statistique Canada. Certains groupes de causes de décès, selon la semaine [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 13 mai 2021]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310081001-fra>
35. Pirkis J, John A, Shin S, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-10 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(7):579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
36. Agence de la santé publique du Canada. Données sur le suicide au Canada (infographique) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019 [consultation le 20 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donnees-suicide-canada-infographique.html>
37. Association canadienne pour la santé mentale. Signaux d'alarme : plus de Canadiennes et Canadiens songent au suicide depuis le début de la pandémie [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020 [consultation le 20 mai 2021]. En ligne à : <https://cmha.ca/fr/news/signaux-dalarme-plus-de-canadiennes-et-canadiens-songent-au-suicide-depuis-le-debut-de-la-pandemie>
38. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) - Information détaillée pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1208978
39. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) - Information détaillée pour septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036
40. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(12):e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
41. Phoenix Australia - Centre for Post-traumatic Mental Health; Centre d'excellence - TSPT. Détresse morale chez les travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 : Guide sur les préjudices moraux. Carlton (AU) : The Centre; 2020. En ligne à : <https://blessuremorale.ca/wp-content/uploads/2020/07/Guide-sur-les-pr%C3%A9judices-moraux.pdf>
42. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychol Med.* 2014;44(5):909-917. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001621>
43. Findlay L, Arim R. Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00003-fra.htm>
44. Fox KR, Millner AJ, Mukerji CE, Nock MK. Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:3-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.009>
45. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health.* 2019;64:265-83. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
46. Agence de la santé publique du Canada. Données sur le suicide au Canada (infographique) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019 [consultation le 25 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donnees-suicide-canada-infographique.html>
47. Statistique Canada. Méthodologie de l'Enquête sur la population active du Canada. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017. [n° 71-526-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/71-526-x/71-526-x2017001-fra.pdf?st=17j2q-cK>
48. Clopper CJ, Pearson ES. The use of confidence or fiducial limits illustrated in the case of the binomial. *Biometrika.* 1934;26(4):404-413. <https://doi.org/10.2307/2331986>
49. Agence de la santé publique du Canada. Le Cadre fédéral de prévention du suicide - rapport d'étape 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [consultation le 31 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-etape-2020-cadre-federal-prevention-suicide.html>

50. Kaplan MS, Huguet N, Caetano R, Giesbrecht N, Kerr WC, McFarland BH. Economic contraction, alcohol intoxication and suicide: analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury Prev.* 2015;21:35-41. <http://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041215>
51. Orui M, Sato Y, Tazaki K, Kawamura I, Harada S, Hayashi M. Delayed increase in male suicide rates in tsunami disaster-stricken areas following the Great East Japan Earthquake: a three-year follow-up study in Miyagi Prefecture. *Tohoku J Exp Med.* 2015; 235(3):215-222. <http://doi.org/10.1620/tjem.235.215>
52. Varin M, Orpana HM, Palladino E, Pollock NJ, Baker MM. Trends in suicide mortality in Canada by sex and age group, 1981 to 2017: a population-based time series analysis. *Can J Psychiatry.* 2021;66(2):170-178. <https://doi.org/10.1177/0706743720940565>
53. Liu L, Capaldi CA, Orpana HM, Kaplan MS, Tonmyr L. Changes over time in means of suicide in Canada: an analysis of mortality data from 1981 to 2018. *CMAJ.* 2021;193(10):E331-338. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202378>
54. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethn Health.* 2017;22(3):209-241. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518>
55. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2011;72(4):608-616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
56. Howarth EJ, O'Connor DB, Panagioti M, Hodgkinson A, Wilding S, Johnson J. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;266:731-742. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.171>
57. Statistique Canada. La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 1^{er} juin 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>
58. Stanley IH, Hom MA, Joiner TE. A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clin Psychol Rev.* 2016;44:25-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>
59. Patten SB, Kutcher S, Streiner D, Gratzner D, Kurdyak P, Yatham L. Population mental health and COVID-19: why do we know so little? *Can J Psychiatry.* 2021;7067437211010523. <https://doi.org/10.1177/07067437211010523>
60. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: a meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med.* 2018; 197:116-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
61. Salway T, Ross LE, Fehr CP, et al. A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Arch Sex Behav.* 2019;48:89-111. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1150-6>
62. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) – Information détaillée pour février à mai 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 3 juin 2021]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1295371

Commentaire

Pour un portrait complet : proposition de cadre pour la surveillance et la recherche dans le domaine de la maltraitance envers les enfants au Canada

Andrea Gonzalez, Ph. D. (1); Tracie O. Afifi, Ph. D. (2); Lil Tonmyr, Ph. D. (3)

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 Diffuser cet article sur Twitter

Introduction

La propagation rapide de la COVID-19 ainsi que la morbidité et la mortalité importantes qui lui sont associées ont entraîné une perturbation sans précédent de la vie des individus partout dans le monde. L'évolution de la pandémie et sa longue durée ont créé de l'incertitude et de l'imprévisibilité. Les multiples vagues d'infections, les hospitalisations, les décès et les restrictions imposées par les autorités de santé publique ont eu une grande incidence sur le quotidien de millions de personnes, ce qui a augmenté les risques de problèmes de santé mentale¹⁻³. Toutefois, les données ne sont pas toujours cohérentes. En effet, selon un rapport, si la détresse psychologique a augmenté au cours des premiers mois de la pandémie, la plupart des paramètres associés à la détresse sont revenus à la normale à la mi-2020, et le sentiment de solitude, la satisfaction à l'égard de la vie et les taux de suicide sont demeurés stables⁴.

Ce numéro spécial souligne les effets négatifs de la première année de la pandémie sur la santé mentale et le bien-être des Canadiens. Au cours des dix premiers mois qui ont suivi le début officiel de la pandémie, les taux de consommation d'alcool et de cannabis^{5,6} et de dépression⁷ ont augmenté, les taux de perception positive de sa santé mentale, de satisfaction à l'égard de la vie et de sentiment d'appartenance à la communauté⁸ ont diminué, tandis qu'aucun changement n'a été observé en ce qui concerne les idées suicidaires⁹.

Cependant, les Canadiens n'ont pas tous été touchés de la même manière. Comme l'affirment Varin et ses collaborateurs⁵, « il est essentiel de comprendre les déterminants sociaux de la santé pour élaborer des stratégies de réduction et d'atténuation des méfaits ». En effet, le fait d'être jeune, de vivre en milieu urbain et d'avoir des problèmes de santé mentale a été associé à une probabilité accrue de conséquences négatives⁵⁻⁷. De façon analogue, les Canadiennes, et en particulier celles qui s'occupaient d'enfants de moins de 18 ans, ont eu tendance à être plus gravement affectées, ce qui concorde avec les résultats de travaux de recherche internationaux menés sur le sujet³.

Bien qu'instructives, ces conclusions sont limitées en raison de la nature des données recueillies, des caractéristiques d'ordre sociodémographique, du caractère limité des ensembles de facteurs individuels (par exemple l'anxiété, les symptômes dépressifs, la maîtrise de soi), des facteurs communautaires (par exemple le sentiment d'appartenance) et de l'exposition aux facteurs de stress liés à la pandémie. On constate d'importantes lacunes dans notre compréhension de l'ensemble des répercussions de la COVID-19 sur les femmes et les enfants, en particulier quant à savoir si la situation a créé une « pandémie fantôme » de violence familiale, notamment de maltraitance envers les enfants.

Outre la maladie et la mort, la pandémie a entraîné un isolement social et physique, une insécurité financière, une hausse de la

Points saillants

- La pandémie de COVID-19 a entraîné une augmentation des facteurs de risque associés à la violence familiale.
- Au Canada, nous ignorons si la pandémie a exacerbé les risques de maltraitance envers les enfants.
- Les recommandations visant à renforcer notre cadre de surveillance et de recherche dans le domaine de la maltraitance envers les enfants comprennent l'ajout de questions liées à la maltraitance dans les enquêtes nationales portant sur la santé et la victimisation, par exemple dans la prochaine Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes.
- Des activités de surveillance rigoureuses et des travaux de recherche solides dans le domaine de la maltraitance envers les enfants vont fournir une source essentielle de données sur les tendances observées au fil du temps dans divers sous-groupes et nous permettre de formuler des hypothèses et de les vérifier, puis d'évaluer et de mettre en œuvre des interventions.
- En renforçant notre cadre de surveillance et de recherche dans le domaine de la maltraitance, nous aurons davantage de soutien pour nos engagements en ce qui concerne l'élimination de la violence envers tous les enfants.

Rattachement des auteurs :

1. Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

2. Département des sciences de la santé communautaire et Département de psychiatrie, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

3. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Andrea Gonzalez, Offord Centre for Child Studies, Université McMaster, 1280, rue Main Ouest, Hamilton (Ontario) L8S 4K1; tél. : 905-510-1652; courriel : gonzal@mcmaster.ca

consommation d'alcool, une augmentation des problèmes de santé mentale, des fermetures d'écoles et un accès réduit aux services médicaux et sociaux, soit autant de facteurs qui ont contribué à accroître le risque de maltraitance envers les enfants. Plusieurs études confortent cette lecture de la situation^{10,11}, tout comme les données empiriques, qui font état d'une augmentation du nombre d'appels passés à des centres d'accueil pour victimes de violence domestique et à des lignes d'assistance téléphonique pour enfants¹². Cependant, il existe peu de données empiriques concernant le Canada.

Cet article recense ce que l'on sait au sujet de la violence qui a été infligée aux enfants pendant la pandémie. Il souligne les lacunes en matière de données qui existaient avant la pandémie et montre comment le fait de ne pas y remédier nuit à notre capacité de réduire les méfaits qui touchent les enfants. Les auteurs préconisent la réalisation d'activités de surveillance et de travaux de recherche de façon continue, en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, afin d'ajuster les ressources et les efforts déployés en matière de promotion de la santé et de prévention. Cette démarche est conforme aux priorités de la ministre de la Santé et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)¹³. Nous proposons une approche multidimensionnelle de la surveillance et de la recherche dans le domaine de la maltraitance envers les enfants, non seulement pour remédier aux lacunes en matière de données sur le sujet pendant la pandémie, mais aussi, de façon plus générale, pour pallier les lacunes en matière de données sur la violence familiale au Canada.

Maltraitance envers les enfants pendant la pandémie de COVID-19

Bien avant la pandémie de COVID-19, la maltraitance envers les enfants était déjà reconnue comme un problème mondial s'étendant à l'ensemble du spectre socio-démographique¹⁴. Les périodes de crise, comme la pandémie actuelle et ses répercussions économiques et sociales, sont de possibles catalyseurs de violence familiale. En effet, alors que la pandémie se poursuit, on voit de plus en plus de données sur l'exposition des enfants à des formes de violence¹⁵. Si, de manière générale, les données indiquent un risque accru de victimisation, les observations

sont mitigées et fluctuent en fonction de la source de la violence et du moment auquel elle survient. En fait, les cas présumés de violence faite aux enfants qui ont été dénoncés à la police ou aux services de protection de l'enfance ont diminué de jusqu'à 70 %^{12,16-18} dans le monde, mais les appels adressés à la police pour cause de problèmes domestiques ont augmenté de 12 % au Canada¹⁹.

Les tendances en ce qui concerne les appels passés aux lignes d'assistance ne sont pas claires : selon les sources, le nombre d'appels aurait soit augmenté, soit diminué et, dans la moitié des cas, il n'y aurait eu aucun changement de tendance^{12,19}. Il est possible que ces variations soient dues à des différences entre les injonctions à rester à la maison, au fait que les éducateurs et autres fournisseurs de services ne voyaient plus les enfants et à l'impossibilité pour les victimes d'accéder à des services en toute sécurité ou confidentialité pendant les périodes de confinement.

En se fondant sur les dossiers d'hospitalisation, plusieurs chercheurs ont observé une augmentation des cas de blessures liées à la maltraitance chez les enfants^{12,20}. Par exemple, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario a signalé que le nombre de fractures et de traumatismes crâniens chez les enfants de moins d'un an avait plus que doublé entre septembre 2020 et janvier 2021 par rapport à la même période pendant les années ayant précédé la pandémie²¹. Cette observation concorde avec ce qui a été signalé au Royaume-Uni²². Des enquêtes locales menées auprès de personnes s'occupant d'enfants ont montré que les facteurs de stress liés à la pandémie, comme la perte d'emploi, l'isolement social et la détresse parentale, étaient associés à une augmentation des cas de violence émotionnelle/psychologique, de négligence physique et de supervision négligente, et à un recours accru à des pratiques disciplinaires sévères^{10-12,23}.

Ce portrait mitigé souligne les défis persistants qui affectent la disponibilité et la qualité des données sur la violence faite aux enfants^{12,15}. Certains de ces problèmes sont liés à un investissement insuffisant dans la réalisation d'enquêtes de routine et d'enquêtes longitudinales et dans le recours à d'autres méthodes de collecte de données pour estimer la prévalence et l'incidence de la maltraitance envers les

enfants. Pour obtenir une vue d'ensemble, il convient d'associer les activités de surveillance transversale à la collecte de données longitudinales. Qui plus est, il est possible de le faire en adaptant les approches existantes dans le domaine de la recherche auprès des jeunes²⁴. La collecte régulière de données transversales nous permet d'obtenir des estimations de prévalence au fil du temps, et les données longitudinales nous permettent de déceler des changements dans les caractéristiques de la population cible, tant au niveau du groupe qu'au niveau de l'individu.

Les systèmes de données administratives susceptibles de nous aider à estimer l'incidence à l'échelle nationale des signalements effectués auprès des autorités et des fournisseurs de services se sont révélés déficients¹⁵, les principales difficultés étant liées à un phénomène de sous-déclaration au sein du système de protection de l'enfance²⁵ et à des préoccupations au sujet des outils de dépistage actuellement utilisés dans les hôpitaux²⁶. Le manque de données cohérentes et fiables a nui à notre capacité à comprendre le phénomène de la maltraitance envers les enfants en lien avec la COVID-19, à suivre les tendances en la matière et à élaborer des plans. La pandémie a révélé une déficience majeure du système, à savoir la sous-détection de l'ampleur de la maltraitance envers les enfants au Canada. Alors que nous sortons de la pandémie, nous allons avoir besoin d'une approche globale de collecte de données sur la maltraitance envers les enfants.

Activités de surveillance et de recherche au Canada

À bien des égards, le système de santé publique du Canada a fait de la question de la violence familiale une priorité, grâce au soutien de l'ensemble de la classe politique et de nombreux ministères et organismes fédéraux²⁷. Cependant, il est possible d'en faire davantage.

Le gouvernement fédéral a ratifié et mis en œuvre la Convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU) relative aux droits de l'enfant et a offert son soutien pour l'atteinte des objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'ONU, notamment en ce qui concerne l'objectif 16.2 visant à « mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de

violence et de torture dont sont victimes les enfants » d'ici 2030²⁸.

En 2018, le Canada a rejoint le Partenariat mondial pour mettre fin à la violence envers les enfants en tant que « pays pionnier », renforçant ainsi son engagement à élargir le soutien politique, à mobiliser des ressources supplémentaires et à préparer les praticiens à la lutte contre la violence faite aux enfants. Dans le cadre de cet engagement, le Canada a accepté d'accélérer les mesures prises à l'échelle nationale sur une période de trois à cinq ans²⁸. Une surveillance accrue s'alignerait sur les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, qui a souligné la nécessité de publier des rapports sur les enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis qui sont pris en charge et sur les raisons motivant leur prise en charge. Une surveillance accrue répondrait également à la recommandation de surveiller et évaluer la négligence et, indirectement, à celle de réduire le nombre d'enfants autochtones pris en charge, par l'approvisionnement de données probantes pour façonner les interventions²⁹.

Pour déterminer si le Canada respecte son engagement en lien avec la Convention de l'ONU et les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, et pour suivre les progrès accomplis dans l'atteinte de l'objectif de développement durable visant à éliminer la violence faite aux enfants d'ici 2030, il faut mettre en place un cadre rigoureux et solide de surveillance et de recherche qui intègre de multiples sources d'information.

Dans le domaine de la santé publique, on définit habituellement la surveillance comme la collecte, l'enregistrement, l'analyse, l'interprétation et la diffusion de données en continu et systématiquement, pour éclairer et évaluer les pratiques en matière de santé publique³⁰. Les données de surveillance sont utilisées pour faire des suivis, générer des hypothèses et analyser des différences au fil du temps entre divers sous-groupes, par exemple en fonction du sexe ou de la province et ces données sont axées sur les systèmes à une échelle plus globale. Nous avons besoin de travaux de recherche pour vérifier les hypothèses générées par les activités de surveillance et pour répondre à des questions précises concernant l'effet de causalité et l'effet du contexte. Les données probantes provenant de la surveillance et

de la recherche peuvent aider à façonner la méthodologie, l'évaluation et la mise en œuvre d'interventions en santé publique et déterminer ce qui fonctionne, pour qui, et pourquoi. Cela aide les décideurs à déterminer quels sont les effets des politiques, grâce à des données utiles et disponibles au fil du temps³¹. À titre d'exemple de réussite, citons l'utilisation de ce type de données pour l'évaluation des programmes de formation au rôle de parent offerts au Manitoba³².

Il est possible de recueillir des données sur la violence familiale à partir de diverses sources, que ce soit les organismes de protection de l'enfance, les dossiers d'hospitalisation, les dossiers judiciaires ou les enquêtes menées auprès de la population. Dans la mesure du possible, les données doivent tenir compte des associations avec les facteurs de risque et les facteurs de protection à l'échelle individuelle, familiale, communautaire et sociale (figure 1).

La collecte de données sur la maltraitance envers les enfants repose sur une approche en santé publique en quatre étapes adoptée par l'Alliance pour la prévention de la violence. La première étape consiste en un travail de surveillance, qui permet de saisir l'ampleur et la portée du problème. La deuxième étape, celle de la recherche, vise à déterminer quels sont les facteurs de risque et les facteurs de protection. La troisième étape consiste à mettre au point des interventions et à les évaluer. La quatrième étape est celle de la diffusion à grande échelle, de l'évaluation et de la vérification continue pour veiller à ce que toutes les composantes de la stratégie concordent avec le contexte local et aient l'effet escompté, soit celui de prévenir la violence³³.

Deux des possibilités d'action reconnues dans la *Feuille de route du Canada pour mettre fin à la violence à l'égard des enfants*²⁸ sont liées aux principes clés de la surveillance et au plan ministériel de la ministre de la Santé¹³. Il s'agit 1) d'améliorer la collecte et la qualité des données ainsi que la surveillance et 2) de renforcer les données probantes sur « ce qui fonctionne » et mobiliser les connaissances.

De nombreuses initiatives ont été entreprises ou prévues pour atteindre ces objectifs. Par exemple, l'Enquête sociale générale sur la sécurité des Canadiens

(menée tous les cinq ans au sein d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de personnes de 15 ans ou plus) comporte des questions sur une victimisation récente, sur la violence physique ou sexuelle subie au cours de l'enfance et sur l'exposition à la violence conjugale. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes volet Santé mentale de 2012, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019 et l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés de 2018 comportaient des questions sur les mauvais traitements subis pendant l'enfance et sur l'exposition à la violence conjugale.

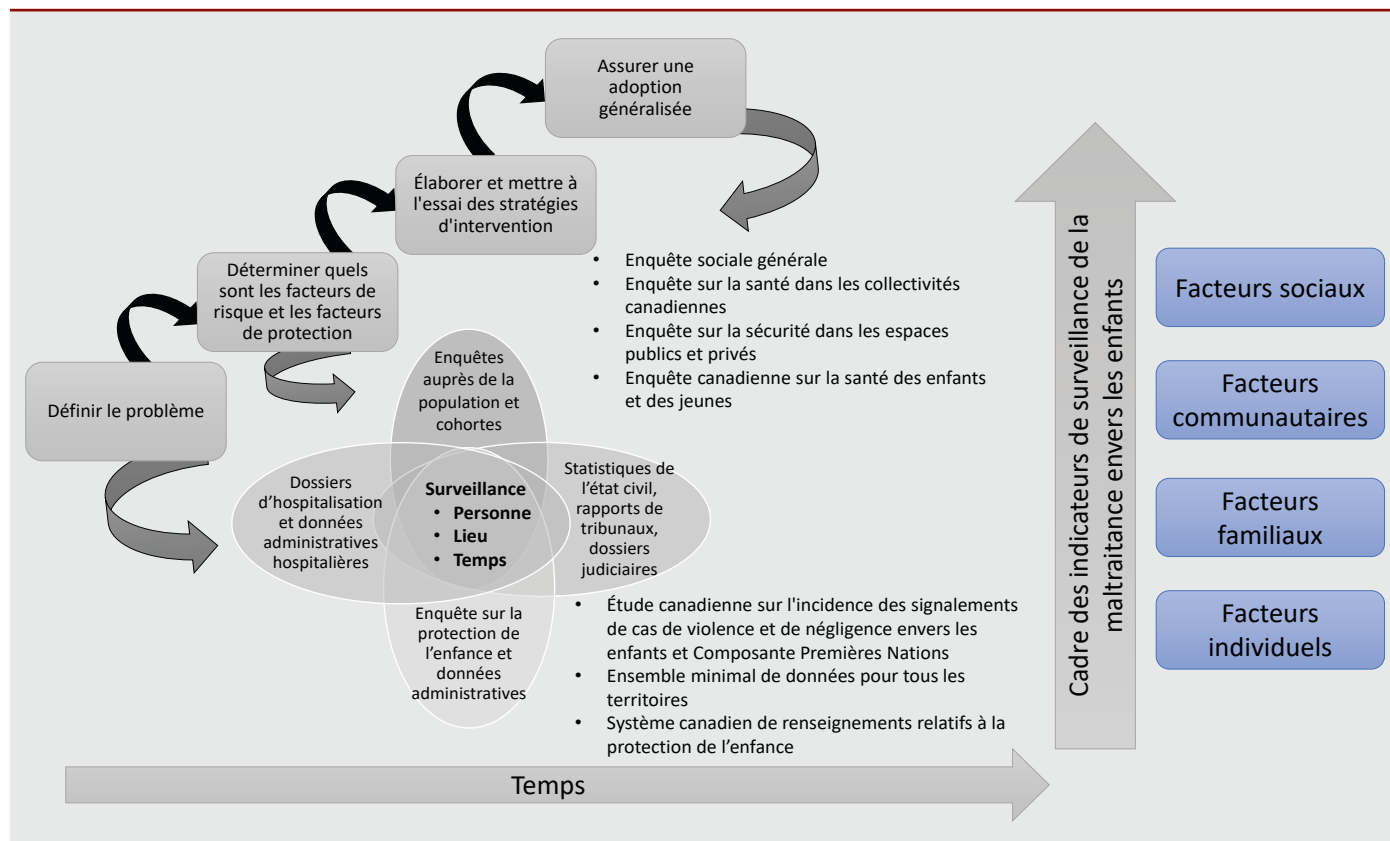
Statistique Canada collige de l'information sur la violence familiale à partir de diverses sources de données administratives, comme les rapports de police, les rapports des tribunaux de la jeunesse et les données des organismes d'aide aux victimes. L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) est une initiative nationale qui vise à recueillir des données sur les enfants et les familles lorsque les services de protection de l'enfance sont impliqués en raison de cas présumés ou soupçonnés de violence ou de négligence envers les enfants²⁸. Plusieurs cycles de cette étude ont été menés (1998, 2003 et 2008 et plus récemment en 2018/2019) sous la direction de l'Assemblée des Premières Nations (Composante Premières Nations Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants/ECI)²⁸. Deux initiatives relativement nouvelles ont également été lancées : le Système canadien de renseignements relatifs à la protection de l'enfance et l'Ensemble minimal de données pour tous les territoires.

Bien que ces sources de données nous offrent une information précieuse, il est possible de faire mieux. Nous présentons ici diverses recommandations sur les mesures à prendre pour mettre en place un cadre solide de surveillance et de recherche au Canada.

Recommandations

1. Les enquêtes nationales devraient englober toutes les formes de maltraitance envers les enfants. À l'heure actuelle, seuls trois sous-types de maltraitance sont inclus, soit la violence physique, la violence sexuelle

FIGURE 1
Proposition de cadre pour la surveillance et la recherche dans le domaine de la maltraitance envers les enfants



- et l'exposition à la violence conjugale. Bien qu'il soit difficile de les mesurer, il faudrait également tenir compte des cas de violence psychologique et de négligence. Les questions devraient reposer sur des définitions exhaustives et bien établies et les réponses devraient pouvoir être mesurées de façon cohérente.
- Afin qu'il soit possible de comprendre pleinement les liens entre la maltraitance envers les enfants et divers effets, toutes les enquêtes nationales axées sur la santé et la victimisation devraient comporter une série pré-déterminée de questions sur la maltraitance.
- La prochaine Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes devrait comporter des questions liées à la maltraitance envers les enfants. L'Enquête sociale générale pose de telles questions aux répondants de 15 ans ou plus, mais le Canada ne dispose pas de données nationales concernant les plus jeunes ou encore de données permettant de faire des rapprochements avec un certain nombre d'effets et de facteurs liés aux enfants.

- Il convient de mettre au point des protocoles précis et sensibles pour recueillir de manière éthique des données sur la maltraitance envers les enfants, dans le respect des droits, de la dignité et de la sécurité des participants, et tout en respectant le devoir de signalement dans certaines situations. Une grande partie de la réticence à poser des questions sur la violence familiale découle de préoccupations relatives à la sécurité et à la possibilité de créer de la détresse. Cependant, si l'on se fie à ce qui a été observé ailleurs dans le monde, il est possible de poser des questions sur le sujet si des protocoles adéquats sont en place^{34,35}.
- Conformément aux recommandations du Cadre des indicateurs de surveillance de la maltraitance envers les enfants³⁶, les données sur les facteurs de risque et les facteurs de protection multidimensionnels devraient provenir de bases de données administratives et d'enquêtes nationales.
- Il convient également de recueillir des données longitudinales afin de comprendre l'évolution de l'état de

santé et du bien-être des personnes exposées à des situations de maltraitance envers les enfants. Cela pourra se faire par des cycles successifs de collecte de données (enquêtes nationales) ou par le couplage de données administratives.

- Dans le cas des données administratives, il faudra trouver une définition de principe bien établie et acceptable de la violence familiale pour faciliter l'extraction des données sur la maltraitance envers les enfants auprès de tous les organismes. Il devra y avoir une étroite collaboration entre les organismes responsables de la collecte de données sur la violence familiale, dans l'ensemble des secteurs et des provinces et territoires, afin que les mesures soient uniformes et que l'on puisse obtenir un portrait national de la maltraitance envers les enfants. Même si une partie de ce travail a déjà commencé un soutien et un investissement continu dans le Système canadien de renseignements relatifs à la protection de l'enfance seront nécessaires pour permettre la mise en place d'une infrastructure

solide de gestion de données administratives sur la maltraitance.

8. Il devra y avoir des changements systémiques en matière de protection de l'enfance et un soutien plus général pour les familles qui soit axé sur la prévention primaire. Il devra également y avoir des ressources adéquates pour surveiller la mise en œuvre des interventions et pour déterminer ce qui fonctionne, pour qui, et pourquoi.

Cela peut sembler décourageant, mais nous pouvons tirer profit des expériences des autres pays. Par exemple, le Department of Justice des États-Unis, le Children's Bureau des États-Unis, les Centers for Disease Control des États-Unis et l'Australian Institute of Health and Welfare recueillent de l'information à partir de diverses sources, notamment des enquêtes sur les ménages et des données administratives officielles, dont des données de surveillance colligées par les États sur la maltraitance envers les enfants de 10 à 17 ans et sur les personnes qui s'occupent d'enfants de moins de 9 ans^{34,35}.

Conclusion

La violence familiale est un problème social et de santé publique urgent pour tous les Canadiens³⁷. La pandémie de COVID-19 a révélé des lacunes considérables dans la disponibilité et la qualité des données sur la maltraitance envers les enfants au Canada. L'absence de systèmes de données de ce type a non seulement nui à notre capacité de bien comprendre les répercussions négatives de la pandémie sur les enfants et les familles, mais elle limite également notre capacité à répondre à leurs besoins en nous fondant sur des données probantes afin de les aider à se rétablir.

Cet article fait ressortir les répercussions importantes de la pandémie sur la santé mentale et le bien-être des adultes canadiens et il montre bien que ces effets ne sont pas égaux. Ce que l'on ignore, c'est si, et dans quelle mesure, la pandémie a créé une « pandémie fantôme » qui a exposé les enfants à un risque accru de maltraitance.

Selon des travaux de recherche menés à l'échelle internationale, il y a bel et bien eu une augmentation du nombre de cas de violence faite aux enfants. Même si ces

hausse de cas sont relativement brèves, on peut affirmer que leurs effets seront durables étant donné que la maltraitance entraîne une multitude de conséquences à long terme sur la santé.

Alors que nous entrons dans la phase de rétablissement et de planification post-pandémie, nous devons tirer parti des connaissances que nous avons acquises au sujet des lacunes de notre système et adopter un nouveau cadre pour la surveillance et la recherche dans le domaine de la maltraitance envers les enfants. Les infrastructures nécessaires à la collecte de données de surveillance et de recherche rigoureuses sur la maltraitance envers les enfants existent en partie, et il est possible de les utiliser pour accroître la faisabilité et le succès des propositions que nous formulons dans le présent commentaire. Le succès du cadre que nous proposons dépendra de la constance de l'engagement et des investissements nécessaires à la collecte et à la synthèse de données de façon continue à partir d'un certain nombre de sources, notamment des enquêtes nationales menées par Statistique Canada, des données sur les hospitalisations et blessures, des rapports de police et des rapports criminels, ainsi que des bases de données nationales sur la violence et la négligence à l'égard des enfants, comme le Système canadien de renseignements relatifs à la protection de l'enfance. Il est essentiel d'améliorer la qualité, la cohérence et la portée des données sur la maltraitance envers les enfants, non seulement pour comprendre l'ampleur de la maltraitance et surveiller les tendances en la matière, mais aussi pour respecter nos engagements envers l'atteinte de l'objectif de développement durable, soit d'éliminer la violence faite à tous les enfants.

Conflits d'intérêts

Tracie O. Afifi est rédactrice scientifique adjointe de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, mais elle s'est retirée du processus d'évaluation de cet article. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

AG, TOA et LT ont pris part à l'élaboration du concept et ont contribué à la conception, à la rédaction et à la révision critique du manuscrit.

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

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du groupe de travail sur la surveillance et la recherche dans le domaine de la violence envers les enfants pour les nombreux échanges stimulants qui ont contribué à éclairer et à façonner cet article. Les auteurs tiennent également à remercier Mary Sue Devereaux et Joanna Odrowaz pour leur aide en matière de travail éditorial.

Références

1. Alzueta E, Perrin P, Baker FC, et al. How the COVID-19 pandemic has changed our lives: a study of psychological correlates across 59 countries. *J Clin Psychol*. 2021;77(3):556-570. <https://doi.org/10.1002/jclp.23082>
2. Boden M, Zimmerman L, Azevedo KJ, et al. Addressing the mental health impact of COVID-19 through population health. *Clin Psychol Rev*. 2021;85:102006. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102006>
3. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord*. 2020;277:55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
4. Akinin LB, DeNeve JE, Dunn EW, et al. The Lancet's COVID-19 Commission Mental Health Task Force. Mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: a review and recommendations moving forward. *Perspect Psychol Sci* [prépublication PsyArXiv]. 19 févr. 2021 [consultation le 31 juill. 2021]. <https://doi.org/10.31234/osf.io/zw93g>
5. Varin M, Hill MacEachern K, Hussain N, Baker MM. Mesurer les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2021;41(11):357-363. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.02f>

6. Hill MacEachern K, Venugopal J, Varin M, Weeks M, Hussain N, Baker MM. Adopter une perspective axée sur le genre pour comprendre les changements autodéclarés de la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada, septembre à décembre 2020. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2021;41(11):364-373. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.03f>
7. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, et al. Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2021;41(11):374-393. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04f>
8. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2021;41(11):394-414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
9. Liu L, Capaldi CA, Dopko RL. Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2021;41(11):415-429. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.06f>
10. Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021;11(1):e042871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>
11. Lee SJ, Ward KP, Lee JY, Rodriguez CM. Parental social isolation and child maltreatment risk during the COVID-19 pandemic. *J Fam Violence*. 2021;1-12. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00244-3>
12. Cappa C, Jijon I. COVID-19 and violence against children: a review of early studies. *Child Abuse Negl*. 2021;116(Pt 2):105053. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105053>
13. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). 2021-2022 Plan ministériel. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2021 [No au catalogue : HP2-26F-PDF].
14. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
15. Fore HH. Violence against children in the time of COVID-19: what we have learned, what remains unknown and the opportunities that lie ahead. *Child Abuse Negl*. 2021;116(Pt 2):104776. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104776>
16. Katz I, Katz C, Andresen S, et al. Child maltreatment reports and child protection service responses during COVID-19: knowledge exchange among Australia, Brazil, Canada, Colombia, Germany, Israel, and South Africa. *Child Abuse Negl*. 2021;116(Pt 2):105078. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105078>
17. Baron EJ, Goldstein EG, Wallace CT. Suffering in silence: how COVID-19 school closures inhibit the reporting of child maltreatment. *J Public Econ*. 2020;190:104258. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104258>
18. Rapoport E, Reisert H, Schoeman E, Adesman A. Reporting of child maltreatment during the SARS-CoV-2 pandemic in New York City from March to May 2020. *Child Abuse Negl*. 2021;116(Pt 2):104719. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104719>
19. Statistique Canada. Les affaires criminelles déclarées par la police diminuent au cours des premiers mois de la pandémie, alors que les demandes d'intervention liées à des querelles de ménage sont à la hausse. Ottawa (Ont.) : Le Quotidien; 1er sept. 2020 [consultation le 28 juin 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200901/dq200901a-fra.htm>
20. Sharma S, Wong D, Schomberg J, et al. COVID-19: differences in sentinel injury and child abuse reporting during a pandemic. *Child Abuse Negl*. 2021;116(Pt 2):104990. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104990>
21. Yousif N. 'Disturbing trend': Ottawa hospital sees rise in number of babies with severe head injuries during second wave of COVID-19 [Internet]. *Toronto Star*; 29 janv. 2021 [consultation le 29 juin 2021]. En ligne à : <https://www.thestar.com/news/gta/2021/01/29/disturbing-trend-ottawa-hospital-sees-rise-in-number-of-babies-with-severe-head-injuries-during-second-wave-of-covid-19.html>
22. Sidpra J, Abomeli D, Hameed B, Baker J, Mankad K. Rise in the incidence of abusive head trauma during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child*. 2021;106(3):e14. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319872>
23. Connell CM, Strambler MJ. Experiences with COVID-19 stressors and parents' use of neglectful, harsh, and positive parenting practices in the Northeastern United States. *Child Maltreat*. 2021;26(3):25-66. <https://doi.org/10.1177/10775595211006465>
24. Leatherdale ST, Manske S, Wong S, Cameron R. Integrating research, policy and practice in school-based physical activity prevention programming: the School Health Action, Planning and Evaluation System (SHAPES) Physical Activity Module. *Health Promot Pract*. 2009;10(2):254-261. <https://doi.org/10.1177/1524839906298499>
25. Tonmyr L, Mathews B, Shields ME, Hovdestad W, Afifi TO. Does mandatory reporting legislation increase contact with child protection? – a legal doctrinal review and an analytical examination. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1021. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5864-0>
26. McTavish JR, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor JC, McKee C, MacMillan HL. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):113. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>
27. Agence de la santé publique du Canada. Arrêtons la violence familiale [Internet]. Ottawa (Ont.), ASPC; 2020 [consultation le 5 juill. 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/arretons-violence-familiale.html>

28. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Canada : un pays pionnier : feuille de route du Canada pour mettre fin à la violence à l'égard des enfants. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019 [No au catalogue : HP35-118/2019F-PDF]. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/road-map-end-violence-against-children/feuille-de-route-mettre-fin-violence-enfants.pdf>
29. Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR). Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action. Winnipeg (Man.) : CVR; 2015. En ligne à : https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l>Action_French.pdf
30. Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon TR, Arias I. Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008. En ligne à : https://cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf
31. Nsubuga P, White ME, Thacker SB, et al. Chapter 53. Public health surveillance: a tool for targeting and monitoring interventions. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006.
32. Chartier M, Nickel NC, Chateau D, et al. Families First Home Visiting programme reduces population-level child health and social inequities. *J Epidemiol Community Health*. 2018; 72(1):47-53. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209321>
33. Organisation mondiale de la santé (OMS). The VPA approach: the public health approach [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; [consultation le 4 oct. 2021]. En ligne à : <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>
34. Sumner SA, Mercy JA, Dahlberg LL, Hillis SD, Klevens J, Houry D. Violence in the United States: status, challenges, and opportunities. *JAMA*. 2015;314(5):478-488. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8371>
35. Australian Institute of Health and Welfare. Child protection Australia 2019–20. Child welfare series no. 74. Canberra (AU): AIHW; 2021 [AIHW Catalogue No. CWS 78]. <https://doi.org/10.25816/g208-rp81>
36. Campeau A, Qadri S, Barakat F, et collab. Aperçu – Cadre des indicateurs de surveillance de la maltraitance envers les enfants. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* 2020;40(2):58-61. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.2.04f>
37. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 – Regard sur la violence familiale au Canada. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2016. No au catalogue : HP2-1DF-PDF.

Avis de publication

Outils de connaissances liés aux symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT), du trouble d'anxiété et de la dépression tirés de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, cycle 1

(Publié en ligne le 27 septembre 2021)

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

L'Agence de la santé publique du Canada a créé deux outils graphiques en ligne et un blogue de données au moyen des données du cycle 1 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, qui sont accessibles à partir du site Internet canada.ca : 1) un [outil graphique en ligne sur les symptômes du trouble de stress post-traumatique \(TSPT\) durant la pandémie de COVID-19](#), 2) un [outil graphique en ligne sur les symptômes du trouble d'anxiété généralisée \(TAG\) et du trouble dépressif majeur \(TDM\) durant la pandémie de COVID-19](#) et 3) un [blogue de données](#) pour compléter ces outils. Ces produits mettent l'accent sur la prévalence du dépistage positif (c.-à-d. l'obtention d'un score seuil pour les « symptômes modérés à graves » obtenu par le biais d'outils de dépistage validés) du TSPT, du TAG et du TDM chez les adultes canadiens de 18 ans et plus. Elle est analysée en fonction du groupe d'âge, du genre et d'autres facteurs individuels ainsi qu'en fonction de facteurs liés à la santé mentale et à la toxicomanie.

Avis de publication

Statistiques canadiennes sur le cancer 2021

 Diffuser cet article sur Twitter

Vient de paraître !

Le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2021* a été publié le 3 novembre 2021.

Ce rapport est le résultat d'une collaboration entre la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, avec les données provenant des registres provinciaux et territoriaux du cancer. Il présente les estimations projetées du nombre et du taux d'incidence et de mortalité du cancer selon le type de cancer, le sexe, le groupe d'âge et la région géographique pour l'année en cours. Ce rapport inclut également les probabilités de développer et de mourir du cancer, les tendances d'incidence et de mortalité au fil du temps, et la survie nette selon le type de cancer, le sexe, le groupe d'âge, la région géographique et la période.

Les points saillants comprennent :

- Le cancer demeure la principale cause de décès au Canada. On estime que deux Canadiens sur cinq recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie, et environ un sur quatre décèdera du cancer.
- En 2021, on estime que 229 200 Canadiens recevront un diagnostic de cancer et que 84 600 décèderont du cancer.
- Il est prévu que les cancers du poumon, du sein, colorectal et de la prostate demeureront les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, représentant 46 % de tous les diagnostics en 2021. Le cancer du mélanome continue d'augmenter, bien qu'il s'agisse d'un cancer hautement évitable, tandis que le cancer de la thyroïde diminue.
- On prévoit que les trois principales causes de décès des suites du cancer en 2021 seront le cancer du poumon (25 %), le cancer colorectal (11 %) et le cancer du pancréas (7 %). Le taux de mortalité du cancer du poumon est à la baisse, et le taux chez les femmes diminue enfin à un rythme semblable à celui chez les hommes.
- On estime que la survie nette après 5 ans pour le cancer est de 64 % pour tous les cancers confondus.

Consultez ou téléchargez les plus récentes *Statistiques canadiennes sur le cancer* et les ressources connexes.



Gouvernement
du Canada
Government
of Canada



Société
canadienne
du cancer

Cette publication a été élaborée par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, à partir des données fournies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer.
cancer.ca/statistiques

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2021.

Bergeron CD, Boolani A, Jansen EC, et al. Practical solutions to address COVID-19-related mental and physical health challenges among low-income older adults. *Front Public Health*. 2021;9:674847. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.674847>

Bergeron CD, Lagacé M. On the meaning of aging and ageism: why culture matters. *Univ Tor Q*. 2021;90(2):140-54. <https://doi.org/10.3138/utq.90.2.06>

Bird M, **Cerutti S**, **Jiang Y**, **Srugo SA**, **de Groh M**. Implementation of the CANRISK tool: a qualitative exploration among allied health professionals in Canada. *Can J Diabetes*. 2021;S1499-2671(21)00179-9. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2021.06.006>

Decker KM, Lambert P, Bravo J, **Demers A**, et al. Time trends in colorectal cancer incidence rates by income and age at diagnosis in Canada from 1992 to 2016. *JAMA Netw Open*. 2021;4(7):e2117556. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.17556>

Fraser BJ, Rollo S, Sampson M, [...] **Lang JJ**, et al. Health-related criterion-referenced cut-points for musculoskeletal fitness among youth: a systematic review. *Sports Med*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01524-8>

Joshi D, Raina P, **Tonmyr L**, et al. Prevalence of adverse childhood experiences among individuals aged 45 to 85 years: a cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *CMAJ Open*. 2021;9(1):E158-E166. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200064>

Prince SA, Biswas A. The role of occupational physical activity on longevity. *Lancet Public Health*. 2021;6(8):e544. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00156-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00156-0)

Prince SA, Rasmussen CL, Biswas A, et al. The effect of leisure time physical activity and sedentary behaviour on the health of workers with different occupational physical activity demands: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2021;18(1):100. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01166-z>

Seely JM, Peddle SE, Yang H, [...] **Zakaria D**, et al. Breast density and risk of interval cancers: the effect of annual versus biennial screening mammography policies in Canada. *Can Assoc Radiol J*. 2021;8465371211027958. <https://doi.org/10.1177/08465371211027958>

Sherman LD, Goidel K, **Bergeron CD**, et al. Web-based health information seeking among African American and hispanic men living with chronic conditions: cross-sectional survey study. *J Med Internet Res*. 2021;23(7):e26180. <https://doi.org/10.2196/26180>

Sing CW, Lin TC, **Bartholomew S**, [...] **Doyon CY**, et al. Global epidemiology of hip fractures: a study protocol using a common analytical platform among multiple countries. *BMJ Open*. 2021;11(7):e047258. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047258>

