

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'ECSCM 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'ECSCM, 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'ECSCM 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/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'ECSCM, 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'ECSCM 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'ECSCM 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'ECSCM 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'ECSCM. 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 | <p>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 :</p> <p>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Les catégories de réponse étaient : Pas du tout; Plusieurs jours; Plus de la moitié des jours; Presque tous les jours.</p> <p>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.</p> <p>Le QSP-9 est également une mesure fiable et valide de la gravité de la dépression³¹.</p> |
| Facteurs de risque liés à la COVID-19 | <p>Neuf facteurs de risque liés à la COVID-19 ont été analysés dans l'étude.</p> <p>Six facteurs de risque provenaient de la liste suivante. Les répondants devaient sélectionner toutes les réponses appropriées.</p> <p>Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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 :</p> <p>En moyenne, au cours de la pandémie de COVID-19, comment votre consommation d'alcool a-t-elle changé comparativement à avant la pandémie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation • Diminution • Aucun changement <p>En moyenne, au cours de la pandémie de COVID-19, comment votre consommation de cannabis a-t-elle changé comparativement à avant la pandémie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation • Diminution • Aucun changement <p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas du tout • Quelque peu • Beaucoup • Énormément <p>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 »).</p> |

Suite à la page suivante

TABLEAU 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 | <p>Sentiment d'appartenance à la communauté</p> <p>La questions suivante a été utilisée pour mesurer le sentiment d'appartenance à la communauté :</p> <p>Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très fort • Plutôt fort • Plutôt faible • Très faible <p>Maîtrise</p> <p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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.</p> <p>Stratégies d'adaptation</p> <p>L'ECSM a évalué les stratégies d'adaptation en demandant aux répondants :</p> <p>Faites-vous actuellement certaines des activités suivantes pour rester en santé?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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.</p> |

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/p31Instr_f.pl?Function=assembleInstr&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

TABEAU 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. | | | | | | | 17,5 | (16,0 à 19,0) | 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) |
| Maîtrise (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 ($p < 0,05$).

TABLEAU 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

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 % |
| 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

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 % |
| 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

TABLEAU 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

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 % |
| 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 tracés 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, Porrás-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>